

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Ciencias Económicas
Doctorado de Ciencias de la Administración

TESIS

**GESTION DE CONFLICTOS EN LOS SERVICIOS PUBLICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
LA SALUD POR LA INCORPORACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTA-
RIA AL PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Autor

Luis Héctor PEREGO
luisperego@hotmail.com

Director

Eduardo Rubén SCARANO

***Dedicada a los maestros y a todos aquellos que
acompañaron en el camino de la vida***

Presentada el 1 de noviembre de 2018 – Fecha de defensa 13 de mayo de 2019

ÍNDICE

RESUMEN	6
Capítulo 1	8
INTRODUCCIÓN.....	8
El sistema de salud argentino y sus prácticas	8
Las prácticas biomédicas y no biomédicas.....	12
Los nuevos actores en el sistema de salud y los conflictos	15
Pregunta de la Investigación.....	17
Objetivo de la Investigación.....	17
Objetivos específicos.....	17
Hipótesis.....	18
Partes a desarrollar	20
Capítulo 2	21
MARCO DE DESARROLLO	21
Teoría de la Organización – su evolución.....	22
Teorías clásicas.....	23
Teorías Modernas	29
Los Stakeholders o Partes Interesadas	33
La gestión y los cambios en el entorno: la teoría de stakeholders	35
Teoría de la gestión en los procesos de cambio	46
Los procesos de cambio organizacional desde la perspectiva de la gestión	48
Resistencia al cambio organizacional.....	52
El conflicto	54

	3
Algunas características de los conflictos en las organizaciones	57
Clasificación de conflictos en las organizaciones	58
El conflicto disfuncional	62
La dimensión emocional en los conflictos	64
Las competencias emocionales.....	66
La negociación.....	71
La teoría de juegos	73
Condicionantes personales en el proceso de negociación	76
Estilos de negociación	77
El poder en la negociación	81
Etapas en la negociación	87
El método de Harvard	93
Capítulo 3	100
ANTECEDENTES.....	100
Modelos Médicos.....	100
Evolución de las concepciones y prácticas en salud	100
El sistema de salud en Argentina	112
Sistema hospitalario en la Provincia de Buenos Aires	115
Atención Primaria de la Salud	116
Los Agentes Sanitarios en la APS.....	120
Programa Médico Obligatorio (P.M.O.)	121
Capítulo 4	123
MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA	123
Antecedentes y Estrategia Mundial de la OMS (2014-2023).....	123
Breve descripción histórica del conflicto de las prácticas BIO y NOBIO	126

Visiones y modelos médicos	130
El Avance de las MTC en las instituciones de salud	132
Capítulo 5	134
EL MODELO	134
Unidad de Gestión de Acuerdos	134
Gestión de los Stakeholders.....	135
Identificación.....	136
Análisis.....	143
Matriz de Consulta	146
Resistencia al Cambio.....	148
Esfera de la Resistencia/Flexibilidad al cambio	157
Gestión de Conflictos	160
Elaboración de un protocolo para la resolución de conflictos	161
Entrenamiento para la gestión de las competencias emocionales	163
Método Harvard aplicado a la resolución de conflictos enfocado a los CAPS...	165
Capítulo 6	168
APLICACIÓN DEL MODELO A LOS CAPS DEL MUNICIPIO DE LA PLATA.....	168
Determinación de los stakeholders	168
Resultados	170
Etapa I - Identificación y Análisis de los Stakeholders	170
Encuesta para el tratamiento de los Stakeholders	170
Etapa II - Resistencia / flexibilidad al cambio.....	176
Descripción de la muestra poblacional encuestada	176
Cálculo de la consistencia interna del instrumento de medición	177
Análisis de la resistencia /flexibilidad al cambio de la población encuestada...	179

Esfera del Conflicto	193
Análisis de los stakeholders	193
Análisis de Resistencia al Cambio.....	195
CONCLUSIONES.....	199
FUTURAS INVESTIGACIONES.....	206
BIBLIOGRAFIA.....	207
INDICE DE TABLAS.....	218
INDICE DE FIGURAS.....	218
INDICE DE GRÁFICOS.....	219
GLOSARIO.....	220
ANEXO I	223
Encuesta de Resistencia al Cambio	223
ANEXO II	234
Protocolo de Gestión de Conflictos	234
ANEXO III	264
Negociación bajo los criterios del Modelo de Harvard.....	264
Preguntas de la preparación	264
Manejo táctico de situaciones en el proceso de negociación	264
Identificación de tácticas no ajustadas al Modelo.....	266

RESUMEN

En la actualidad, existen numerosos trabajos en la literatura especializada que demuestran el avance de la integración de la medicina alternativa y complementaria en la prestación de servicios de salud. Esto se corresponde con la tendencia mundial y en coherencia con la "Estrategia de la OMS 2014-2023".

En Argentina el Modelo Médico Hegemónico (MMH) es el paradigma dominante y responde al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. Este modelo identifica y legitima la enfermedad desde los criterios de la perspectiva científica y del Estado; además, induce a que la Salud Pública se la entienda como un campo de tensiones y disputas de conocimientos, saberes, discursos y prácticas que ha sido permeada por diferentes concepciones en cada época histórica y cuyo eje de abordaje se ha configurado en torno a la enfermedad.

En la búsqueda de permitir que la población tenga el acceso universal a la salud, en los países subdesarrollados, cada vez es mayor el reconocimiento y espacio que se le otorga a las prácticas de Medicina Tradicional y Complementaria, sobre todo en el primer nivel de atención de la salud, alineándose esta situación con el objetivo de la Organización Mundial de la Salud.

Es de esperar, que, de darse la posibilidad de la incorporación al Programa Médico Obligatorio de prácticas de Medicina Tradicional y Complementaria, en los Centros de Atención Primaria de la Salud, surjan conflictos y situaciones problemáticas, entre las distintas partes interesadas que conforman este sistema.

Plantear una alternativa de gestión de estos conflictos, motivó el presente trabajo de tesis, apelando a la teoría organizativa desde la cual planteamos un modelo de gestión

sobre los procesos de cambio y resolución de conflictos en el ámbito de los Centros de Atención Primaria de la Salud de Municipios de la Provincia de Buenos Aires, donde se desarrollan prácticas de medicina convencional en la atención de pacientes, por la posible incorporación al Programa Médico Obligatorio de prácticas de Medicina Tradicional y Complementaria a la cartilla de prestaciones y donde el MMH es el paradigma prevalente.

Palabras Claves: Atención Primaria de la Salud, Teoría de la Negociación, Resolución de Conflictos.

Código JEL: I19; C78; D74

Documento Final

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud argentino y sus prácticas

En la República Argentina, el sistema de enseñanza y práctica de la medicina está basado predominantemente en el modelo alopático occidental (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2009), es decir, las prácticas no reconocidas como la medicina tradicional, alternativa y complementaria (MTC) carecen de un papel determinante dentro del sistema nacional de salud.

La reticencia de muchos médicos alopáticos al uso de las MTC no provoca que el paciente abandone la consulta o los tratamientos indicados; sino por el contrario, el ocultamiento de su uso. Como resultado, ambas medicinas discurren en paralelo tras un muro de silencio y de peligrosa ignorancia. Es necesario reconocer que la evidencia ha de generarse de manera continua, que las necesidades del paciente a menudo sobrepasan los límites de la evidencia médica, que la autonomía del paciente es incuestionable (Ley 26.529), que tanto las MTC como la medicina convencional incluyen prácticas de verdadero mérito y otras de ninguno, y que lo mejor es orientar a los pacientes desde una visión que abarque el espectro de opciones razonables más amplio posible.

Se ha observado que cada vez más son los pacientes que comparten la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud con sus médicos. A la vez, el gran hincapié que se hace desde la medicina convencional en los principios de la práctica basada en pruebas lleva a muchos médicos a rechazar las prácticas de la MTC en su totalidad. A pesar de que éstas

presentan deficiencias derivadas de su falta de pruebas, estas carencias no son universales ni uniformes, ni son realmente distintivas respecto de la medicina convencional, en la que también se dan en abundancia (Humanitas, 2003, pág. 171).

Sin embargo, la consulta a las medicinas alternativas o complementarias en la población es una práctica cada vez más frecuente. (Braganza , Ozuah, & Sharif, 2003) Si bien, en la Argentina no existen registros sobre la prevalencia de consulta a las medicinas alternativas o complementarias, un estudio realizado en nuestro país en 2003 mostró que alrededor del 55% de los pacientes adultos encuestados había utilizado medicina alternativa o complementaria en algún momento (Franco & Pecci, 2003) (OMS, 2002, págs. 1-4)

En la actualidad, existen numerosos trabajos en la literatura especializada que demuestran el avance de la integración de la medicina alternativa y complementaria en la prestación de servicios de salud. Esto se corresponde con la tendencia mundial y en coherencia con la "Estrategia de la OMS 2014-2023".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina alternativa y complementaria (MTC), se definen como el "grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un país o no están integradas en su sistema sanitario prevaeciente". El término de medicina complementaria, a su vez, se refiere a las terapias o los tratamientos que son usados de manera suplementaria a la medicina alopática (OMS, 2002).

En la actualidad, la medicina alternativa representa una opción importante de respuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes países de América Latina y el Caribe, no obstante, su presencia se encuentra subordinada a los sistemas oficiales de salud y en otros casos a una situación de ilegalidad por su falta de reconocimiento.

Algunas organizaciones de la sociedad civil (ONG) trabajan apoyando la medicina alternativa a diferentes niveles en varios países de la región (Nigenda, Mora Flores, & Aldama López, 2001)

El documento “Estrategia de la OMS sobre Medicina Alternativa 2002-2005” afirma que en África un 80% de la población acude a este tipo de servicios; en China, alrededor del 40% de la población; en Asia y América Latina se siguen utilizando como componentes de las creencias culturales. En los países desarrollados, como Canadá (70%), Australia (48%), EE.UU. (42%), Bélgica (38%) y Francia (75%) se presenta una tendencia al crecimiento de su uso (OMS, 2002). En Europa países como Alemania líder en medicina integrativa, Inglaterra, Francia y España, entre otras, consideran a la MTC en la práctica de la medicina y servicios de Salud. En Estados Unidos se creó a partir de 1998 el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM - NIH), dependiente de los Institutos Nacionales de Salud. (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2009).

Con el objetivo de poder avanzar en la integración de la MTC y la medicina convencional, y entendiendo que el talento humano es un recurso de valor destacable en este proceso, la actitud y aceptación por parte de los médicos formados con el paradigma convencional, es fundamental para que se logre este objetivo (Nye, 2003).

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación por resolución 1036/2016, crea el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, que reemplaza el anterior programa y procura: la participación, la formación y la capacitación en interculturalidad y salud indígena; la complementariedad entre las medicinas oficial e indígena; y la implementación a nivel nacional de políticas interculturales de salud. Asimismo, desde hace años se realizan experiencias de complementación e integración de la MTC con la MCP en

nuestro país. Pueden mencionarse los hospitales Argerich, Garrahan, Tornú, Gutiérrez, de Clínicas, Roffo, Rivadavia, Álvarez, Churruca, Piñero, Borda, Ramos Mejía, Evita, Carrillo - Bariloche -, San Martín - La Plata -, Hospital Italiano, y el PAMI, entre otros.

Documento Final

Las prácticas biomédicas y no biomédicas

Cuando una persona necesita recurrir a una consulta médica y concurre al sistema público de salud, se somete a sucesivas etapas burocráticas como: la solicitud del turno de consulta médica, excesivos tiempos para ser atendido y realizar costosos exámenes complementarios, procesos terapéuticos de apoyo y que no se contempla en el Plan Médico Obligatorio (PMO), controversias legales para defender sus derechos, y escasa e inapropiada duración de las consultas.

En su conjunto todos estos elementos y situaciones se constituyen algunas veces en barreras de acceso que se dan en un marco de atención dirigido a la enfermedad y no basado en las necesidades de los pacientes (Mendoza M., 2011). Estos problemas lesionan de manera importante la forma como se construye la relación médico paciente lo que constituye un indicador de calidad en la prestación de los servicios de salud y es importante dentro de la adaptación y recuperación de los pacientes en sus enfermedades (Sialpush, 1999).

Según Menéndez, (Menéndez, 1988) el Modelo Médico Hegemónico (MMH) responde al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. Este modelo identifica y legitima la enfermedad desde los criterios de la perspectiva científica y del Estado.

El MMH se construyó a partir de una secuencia de rasgos estructurales, de los cuales podemos destacar: el biologismo, el individualismo, la ahistoricidad, la asociabilidad, el mercantilismo, entre otros. De todos estos, el más destacado y dominante es el biologismo, constituyendo un factor garantizador de la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos y la cientificidad del modelo. El factor biológico además de ser una identificación, es, además la parte constituyente de la formación de la

medicina profesional. Este aprendizaje se desarrolla desde contenidos biológicos, donde los elementos subyacentes asociados a temas sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El profesional de la medicina durante su formación del grado y el posgrado incorpora conocimiento y observa únicamente desde el paradigma biológico y no desde otros términos.

Las prácticas biomédicas (BIO) se vinculan con la prevención de padecimientos (con consultas y controles médicos anuales), lo que la medicina hegemónica denomina *medicina clínica preventiva* y que viene de la mano con una de las funciones del MMH: la curativo - preventiva; función donde se manifiestan todas las otras funciones del MMH.

La biomedicina valora positivamente el autocuidado y genera toda una serie de actividades que impulsan la automedicación (Coniglio, 2016, pág. 23). Es la propia biomedicina la que ha impulsado campañas de promoción de la salud (por ejemplo, con el uso del preservativo, no solo como técnica anticonceptiva, sino también como mecanismo preventivo respecto a enfermedades de transmisión sexual).

Desde la biomedicina, se impulsó a que el sujeto aprenda técnicas sencillas para el tratamiento de enfermedades crónicas (auto-inyectarse insulina; leer glucosa en orina y/o sangre); o ha logrado que muchos sujetos incorporen o se apropien de equipamiento como el termómetro, el tensiómetro, el nebulizador.

Estas circunstancias conformaron pacientes con gran cantidad de información técnica, que no sólo cuestiona, discute y no-cumple con las prescripciones del médico; abandona o modifica tratamientos, toma decisiones sobre aumentar, reducir, espaciar dosis, y debido a la gran cantidad de información que posee, escucha y obedece a la experiencia de

su propio cuerpo con el tratamiento recetado. A este tipo de paciente le interesa mejorar y controlar su salud, a partir de la información que posee y de su experiencia.

Existen otro tipo de prácticas que los individuos utilizan para su autocuidado, que definiremos como prácticas no-biomédicas (NOBIO) que son aquellas asociadas a significantes como los del autoconocimiento, la conciencia de sí y el registro del cuerpo. Estas terapias tienen en común el hecho de contribuir a forjar en las sociedades contemporáneas un nuevo estilo cultural que insta a la preocupación por las emociones.

El sentido de lo terapéutico, se despegaba aquí de la connotación de la medicina hegemónica para dar cuenta de un abanico de acciones -algunas eclécticas- que estaban instaladas en la medicina tradicional o doméstica y otras que están instalándose desde las décadas pasadas en nuestra cultura (como los libros de autoayuda, grupos de apoyo, programas de reafirmación personal, entre otros) (Illouz, 2010, pág. 66).

Dentro de este abanico de prácticas NOBIO se pueden observar todo un mercado no sólo de gimnasios tradicionales, enseñanza de Pilates, danza terapia, centros de Reiki, si no también, el consumo de vegetales orgánicos, dietéticas, medicamentos herbolarios.

Las estrategias de cuidado de la salud y atención de la enfermedad con prácticas NOBIO son aquellas fundamentalmente provenientes de las medicinas alternativas o complementarias, tradicionales, no convencionales y otras modalidades asociadas a estilos de vida saludables. Es decir, que hablamos de una gran diversidad de estrategias ligadas a la búsqueda del bienestar que van desde las prácticas "alternativas" (reiki, reflexología, yoga) hasta formas terapéuticas menos estructuradas y sistematizadas (en el sentido de su clasificación de "terapéuticas") como natación, gimnasia, baile, etc. Estas estrategias de cuidado de la salud se identifican dentro de la autoatención y se vinculan, algunas veces, con la elección de un estilo de vida.

Los nuevos actores en el sistema de salud y los conflictos

Los conflictos existentes en el contexto hospitalario van a coincidir en gran medida con los encontrados en otras organizaciones en las que se requiere de un trabajo grupal, interdisciplinar, sujetos a una jerarquía de poder y responsabilidad.

Como mencionáramos precedentemente, la medicina occidental se encuentra sustentada sobre un paradigma que fue bautizado por distintos autores como MMH y que centra sus principios en el biologismo, siendo sus ejes centrales de difícil cuestionamiento por la comunidad sanitaria. No obstante, y haciendo un breve análisis histórico, podemos decir que durante la década del 70 y partir en una compleja relación de actores en pugna, el modelo médico de atención médica prevalente en nuestros pueblos, de carácter tecnocrático, individualista y de alto costo tecnológico, entró en crisis. Como salida al conflicto y con el apadrinamiento de la OMS y UNICEF, el sistema incorpora la estrategia de la APS al MMH, a nivel mundial.

En virtud que las APS no alcanzaron los objetivos esperados y en busca de lo que la antropología bautizó como pluralismo médico o asistencial, luego de numerosos estudios, la OMS acordó recientemente con los países miembros, promover la inclusión de las Medicinas Tradicional y Complementaria a través de prácticas NOBIO a la cobertura universal de salud y por extensión al sistema sanitario público.

El MMH induce a que la Salud Pública se la entienda como un campo de tensiones y disputas de conocimientos, saberes, discursos y prácticas que ha sido permeada por diferentes concepciones en cada época histórica y cuyo eje de abordaje se ha configurado en torno a la enfermedad. Esta es la visión que intenta modificar el planteo de la OMS con su Estrategia 2014-2023.

Es indudable esperar que en los próximos años los equipos de APS incorporen prácticas NOBIO a la atención de distintas patologías, y que esta incorporación plantee resistencias y situaciones conflictivas por parte de algunos Stakeholders (partes interesadas) del sistema. Nuestro objetivo es abordar la resistencia a esta inclusión y los posibles conflictos que se presenten por su introducción pues consideramos que, si se invierte en promover estilos de afrontamiento y resolución de conflictos basados en la colaboración, se obtienen consecuencias altamente positivas en las relaciones interpersonales de este tipo de organizaciones.

El aporte pretendido con esta tesis es la elaboración de un modelo de resolución de conflictos en instituciones sanitarias públicas (primer nivel de atención), basándonos en el Modelo de Harvard, incorporando a este la dimensión emocional de los individuos a las etapas de los intereses, la relación y el compromiso. Los factores de personalidad son innegablemente influyentes a la hora en que los actores deciden por una estrategia u otra, pero no fueron incorporados hasta la actualidad, para evaluar el juicio de acción - decisión.

Utilizaremos la teoría organizativa, para centrar al objeto de estudio en la resistencia al cambio y la prevención de conflictos. Recurriremos a los paradigmas organizativos contemporáneos del cambio y el conflicto en las organizaciones, aplicando sus enfoques al estudio específico de un nicho organizacional.

Destacamos que el área de la salud, es un sector donde prevalecen y dominan los contenidos biológicos y de gran resistencia a los estilos de administración que consideran enfoques de orden social, cultural o psicológicos. Asimismo, recurriremos a la teoría de

los stakeholders identificando y definiendo los grupos de interés de este proceso de cambio, analizaremos desde la teoría la lista de los interesados, su poder, identificación y clasificación.

En síntesis, la propuesta intentará implantar un esquema de gestión de conflictos por la incorporación de las prácticas NOBIO a un sistema dominado por prácticas BIO, para que se complementen y logren elevados estándares de calidad, eficacia y equidad, en pro de la atención de pacientes con ENT, aportando una mayor sustentabilidad de estos, su entorno y el sistema de salud.

Pregunta de la Investigación.

¿Cómo gestionar los escenarios de conflictos y situaciones problemáticas que se presenten en los servicios de atención primaria de la salud (APS) del Sistema Público de Salud que atienden pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT), cuando se incorporen las prácticas No Biomédicas (NOBIO) al Programa Médico Obligatorio (PMO)?

Objetivo de la Investigación.

Desarrollar un modelo de gestión para resolver los conflictos y situaciones problemáticas que se presenten en el servicio de APS de la salud pública, cuando a través del PMO, los pacientes con ENT dispongan para su atención la posibilidad de optar por prácticas o tratamientos No Biomédicos.

Objetivos específicos

- Crear un mapa de Stakeholders para establecer las estrategias de acción sobre los grupos de interés y sus potenciales conflictos.

- Medir la resistencia/flexibilidad al cambio de los actuales integrantes de los CAPS ante la eventual incorporación de las prácticas NOBIO, según se establece en el acuerdo con OMS en su Estrategia 2014 - 2023.
- Abordar las posibles situaciones conflictivas, desde la perspectiva del modelo de Harvard con la incorporación de la dimensión de los estados emocionales de los participantes.
- Establecer cursos de capacitación para los Agentes Sanitarios que trabajan en los CAPS, para que articulen en su rol de negociadores/ mediadores/ conciliadores/ persuasores, en los procesos de conflicto que surjan.
- Crear la Unidad de Gestión de Acuerdos (UGA), dependiente de las Secretarías de Salud Municipales para asistir a los CAPS, en la solución de conflictos complejos y que diseñe y desarrolle cursos de formación para el personal de los CAPS y especialmente para los agentes sanitarios.
- Organizar protocolos para el tratamiento de conflictos en todos los niveles de operación.
- Desarrollar una experiencia de campo en una muestra de CAPS dependientes del municipio de la ciudad de La Plata para evaluar el desempeño y comportamiento del modelo planteado.

Hipótesis

La teoría organizativa permitirá plantear un modelo de gestión sobre los procesos de cambio y resolución de los conflictos que se presenten en los servicios de APS del sistema público de salud, donde se desarrollan actividades Biomédicas (BIO) de atención de pacientes con ENT, cuando el PMO incorpore las prácticas No Biomédicas (NOBIO) a las cartillas de prestaciones.

Al tomar como objeto de estudio al cambio y al conflicto (teoría de la organización, corriente contemporánea) nos permitirá intervenir en servicios de APS del sistema público de salud de la Provincia de Buenos Aires, donde el Modelo Médico Hegemónico (MMH) es predominante. Limitamos el estudio a los servicios de APS y sus actores (prestadores; institución), el cambio y los conflictos que se planteen a partir del nuevo escenario. Se utilizarán los elementos del Modelo de Harvard, incorporando la dimensión de los estados emocionales de los actores para el tratamiento y solución de conflictos.

Planteamos la creación de una unidad de gestión de acuerdos con el objetivo de atender las distintas problemáticas que se susciten, con dependencia a la Secretaría de Salud de los Municipios y que asista a los CAPS en la solución de estas problemáticas. Las variables críticas sobre las cuales trabajar serán la capacitación del personal y autoridades, los protocolos de gestión de conflictos, el marco jurídico, los procesos de negociación y mediaciones, la circulación formal de información. Un estudio de campo sobre la resistencia al cambio por la posible incorporación de las prácticas NOBIO a los CAPS y los elementos anteriores, nos permitirán plantear un Modelo de gestión del conflicto enfocado a abordar la temática planteada.

Partes a desarrollar

En el capítulo II se abordará la evolución de la teoría de la organización y desde que perspectivas las distintas vertientes nutren nuestro esquema de análisis. Posteriormente profundizaremos en la teoría de las partes interesadas, la teoría de la gestión de los procesos de cambio, el conflicto y la dimensión emocional del conflicto, finalizando este marco de desarrollo con la negociación y el Método de Harvard.

El capítulo III se describen los antecedentes y paradigmas del MMH y el sistema sanitario argentino, la atención primaria de la salud y los CAPS.

En el capítulo IV se desarrolla una descripción del estado de las MTC en el mundo, la Estrategia Mundial 2014 -2023 de la Organización Mundial de la Salud, las experiencias de incorporación a los sistemas públicos de salud.

El capítulo V está dedicado a presentar el modelo secuencial de análisis del conflicto y su abordaje y solución.

En el capítulo VI, se presentan los resultados de las encuestas para determinar los stakeholders y la resistencia al cambio de los integrantes del equipo de salud.

Finalmente se desarrollan las conclusiones y la propuesta de futuras investigaciones.

Capítulo 2

MARCO DE DESARROLLO

Nuestro objeto de estudio, como se ha mencionado, es la resistencia/flexibilidad al cambio por incorporar las MTC a los servicios de APS y a los conflictos que por esto se generan. Nuestra pretensión es abordarlos desde la teoría de la organización, utilizando los paradigmas organizativos contemporáneos, desde dos perspectivas que han alcanzado una gran difusión durante las últimas décadas: 1) el cambio organizativo y 2) el poder y el conflicto en las organizaciones.

Profundizar estos enfoques nos desafía, siendo los ejes del aporte la aplicación de sus metodologías a un ámbito donde el aprendizaje y la actuación profesional se hace a partir de contenidos biológicos y donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos.

La identificación de los grupos de interés de este proceso de cambio, se analizará desde la teoría de stakeholders definiendo la lista de los interesados, su poder, identificación y clasificación, con el objetivo de plantear a partir de este punto, cómo establecer una estrategia de gestión de las partes interesadas.

En referencia al conflicto, se analizarán los distintos aportes del pensamiento organizacional, hasta identificar el impacto que producen en estas entidades, los conflictos disfuncionales. Para salvar las consecuencias que producen este tipo de conflictos, se pensó en abordar el enfoque de la negociación y los distintos modelos propuestos para superarlas, haciendo especial hincapié en el Modelo de Harvard.

Teoría de la Organización – su evolución

Cuando hablamos de organización indudablemente nos referimos a administración dado que esta última involucra la coordinación y supervisión de las actividades de otros, de tal forma que éstas se lleven a cabo de forma eficiente y eficaz, Definiendo a su vez que la eficiencia se refiere a obtener los mejores resultados a partir de la menor cantidad de recursos y la eficacia, como “hacer las cosas correctas”; es decir, realizar aquellas actividades que ayudarán a la organización a alcanzar sus metas. Las organizaciones exitosas, la alta eficiencia y la alta eficacia por lo general van de la mano.

Hoy en día las funciones de la administración se han resumido a cuatro: planeación, organización, dirección y control. La planeación define objetivos, establece estrategias para lograrlos y desarrollan planes para integrar y coordinar las actividades. La organización es el acordar y estructurar el trabajo para cumplir con las metas de la empresa. La dirección es trabajar con personas y a través de ellas cumplir con los objetivos. El control se refiere a que los objetivos y planes estén establecidos, las tareas y acuerdos definidos, la gente contratada, entrenada y motivada para que, una vez realizadas las tareas, se puedan evaluar los resultados, para estimar si se cumple con lo planeado. En caso de no ser así, hacer los ajustes necesarios para su cumplimiento.

Comprender la evolución de la teoría de la organización a lo largo del tiempo, no es tarea fácil. Las diferentes líneas del pensamiento organizativo presentan para su descripción una tremenda dificultad ya que, tal como señala Pfeffer (1989 en (Ramíó, 2010, p. 7)), "el campo de la teoría de la organización se asemeja cada vez más a un abigarrado matorral en lugar de parecerse a un jardín cuidado con esmero".

En este contexto y a partir de lo expresado precedentemente, consideramos la necesidad de realizar un breve descriptivo de las teorías organizativas vinculadas y pertinentes

al tema abordado, presentando a continuación los investigadores o pensadores que las propusieron, sus puntos de relevancia y un postulado básico, que las sintetiza y aporta a nuestro trabajo.

Teorías clásicas

Para el desarrollo de este apartado seguiremos principalmente a los autores Chiavenato (Chiavenato, 2007, pág. 561 y ss.) y a Rivas Tovar (Rivas Tovar, 2009, págs. 11-32).

Uno de los primeros en plantear una teoría de la organización fue Frederick Taylor a principios del siglo XX. Su obra que se denominó posteriormente “Teoría Científica” y surgió a partir de un sistema de trabajo basado en la observación de cuatro principios: 1) el desarrollo de una ciencia de medición del trabajo de las personas, que reemplazaba a las viejas prácticas empíricas, 2) Un proceso de selección científica, entrenamiento y desarrollo de los trabajadores, que sustituyera a los antiguos esquemas con los cuales estos se entrenaban por sí mismos lo mejor que podían, 3) Un esfuerzo cooperativo de los trabajadores para asegurar que todo el trabajo se realizara conforme a los principios de la administración científica, 4) La idea de que el trabajo y la responsabilidad son compartidos tanto por la administración como por el trabajador.

Basándose en la aplicación de estos principios y en sus estudios de tiempos y movimientos, orientados a crear “el mejor método de trabajo”, Taylor propuso que una vez que se fijasen los estándares justos de desempeño se otorgaran incentivos a los trabajadores que hicieran esfuerzos adicionales. Las ideas de este autor tuvieron más tarde un éxito enorme y se aplicaron extensivamente. Prácticamente todos los sistemas hospitalarios públicos de Latinoamérica, mantienen los estilos organizativos “taylorianos” en los procesos de gestión y administración.

Durante la década de 1930, coincidiendo con la crisis mundial desatada en 1929, apareció en Europa, más específicamente en Francia, un pensador llamado Henry Fayol, que transformaría el pensamiento administrativo con la idea de que toda organización estaba basada en cinco funciones básicas: seguridad, producción, contabilidad, comercialización y administración, además de catorce principios que deberían ser observados para operar con eficiencia. Aunque en esta época comenzó la creación de las grandes empresas en los Estados Unidos, la sociedad todavía era básicamente agraria, y por lo tanto la economía dominante era de autoconsumo, y las organizaciones pequeñas de tipo familiar eran las más comunes.

El centralismo es el modelo dominante en el diseño de las estructuras organizacionales, la división del trabajo y la importancia de observar y distinguir cuáles son las tareas operativas y cuáles las administrativas. Este constructo que aplicó los principios de la administración científica, conllevó a la generación de riqueza y promovió altos niveles de eficiencia organizacional, pero cuando fue llevado al extremo y motivó provocó la unión y alianzas entre trabajadores, dando paso a los primeros sindicatos.

La organización del sistema sanitario argentino está basada en una distribución de funciones, que se subdividen en subfunciones y procedimientos, los cuales a su vez son desarrollados por uno o más puestos.

Max Weber en su obra *The Theory of Social and Economic Organization*, publicada en el primer cuarto del siglo XX, sostiene que la forma más eficaz de organización es parecida a una máquina. Se caracteriza por reglas, controles y jerarquías, y es impulsada por la burocracia. El trabajo de Weber caracterizó a la autoridad como carismática, tradicional y racional-legal. La forma organizativa que resulta de aplicar la autoridad legal es nada menos que el modelo de organización burocrático, cuyos rasgos distintivos son: 1) Las

relaciones entre los miembros del grupo son impersonales y están regidas por criterios formales, 2) La división del trabajo y la especialización son requisitos del funcionamiento eficaz, cada puesto tiene definidas sus tareas, y las responsabilidades de empleados y directivos son acordes a ellas.

La influencia de la teoría burocrática en la administración pública y obviamente en el sistema público de salud es más que evidente en nuestro país, ratificando que la mejor forma de organización, es la que tiene reglas claras y racionales, decisiones impersonales y excelencia técnica en sus empleados y gestores.

Los experimentos de Elton Mayo iniciados hacia 1920, en la empresa Western le permitieron descubrir, sin proponérselo, la importancia de los grupos informales mientras intentaba aplicar los principios de Taylor. La conclusión de Mayo sobre esta aparente contradicción de los principios taylorianos fue que los aspectos emocionales del trabajo resultan más importantes que los físicos, y que la participación social de los trabajadores es un componente fundamental de la productividad.

En términos históricos administrativos, los experimentos evidenciaron que existen en las organizaciones grupos sociales que tienen una cultura propia. Paralelamente surgen los trabajos de Mary Parket Follet, quien destacó en su obra la importancia que tiene la coordinación de los esfuerzos de grupo en el cumplimiento eficiente de una tarea. La tarea de un administrador, según Follet, es descubrir las motivaciones de los individuos y los grupos. Los trabajos de Lewin y Maslow influyeron en la obra de otros grandes teóricos de este campo, como Rensis Likert, Douglas McGregor, Chris Argyris y Frederik Herzberg, quienes aplicaron por primera vez la psicología humanista a las organizaciones.

A mediados del siglo XX, Bertalanffy, Katz, Rosenzweig desarrollaron la teoría de los sistemas, después de la eclosión de la escuela de las relaciones humanas. En 1956 se conocieron los trabajos del biólogo alemán Bertalanffy, creador de la teoría general de los sistemas. Este novedoso enfoque permite generar principios válidos para cualquier dominio científico, atacando la visión reduccionista de que el todo es únicamente la suma de sus partes.

De estas ideas, surgieron dos escuelas en el terreno de la administración: la teoría matemática o cuantitativa, que utiliza la teoría de la decisión y la investigación de operaciones; y la propia teoría de sistemas, enfocada a las organizaciones. Incorporando la idea de que estas, son sistemas abiertos que están constituidos por subsistemas relacionados con el medio ambiente.

Paralelamente a Bertalanffy, Herbert Simon en 1954, presenta la *Teoría del comportamiento*; esta línea de trabajo propone que la toma de las decisiones es el punto fundamental de la administración. Por lo tanto, el estudio del proceso de decisión es básico para explicar la tarea más importante de los directivos. Para este pensador, la tarea más importante de un administrador es definir el problema para tomar las decisiones adecuadas. Simon destaca que en una organización los empleados de todos los niveles toman decisiones.

La otra forma de clasificación de las decisiones —según Simon—, tiene que ver con la programación. Aquí se distinguen dos tipos: decisiones programables y no programables. Las primeras pueden seguir procedimientos establecidos y las segundas por su complejidad no tienen precedentes útiles. Existe un conjunto de técnicas que tienden a la optimización de las soluciones programadas. Las decisiones no programadas reconocen a la in-

tuición y la experiencia como elementos de decisión, aunque recientemente han aparecido modelos interactivos basados en programas de cómputo que realizan incluso simulaciones.

La Teoría política fue planteada por los autores - Selznick, Pfeffer, Croazier. La escuela de las ciencias políticas, por su parte, plantea a través de los trabajos de Philip Selznick la falta de coherencia de las escuelas clásicas. Para él, las organizaciones son fuentes constantes de intereses de grupo, que se encuentran permanentemente en conflicto. Sin embargo, este conflicto, bien administrado, puede resultar funcional y positivo. La dependencia de una organización respecto del contexto depende de tres factores principales: 1) la importancia del recurso, 2) el grado de discreción que tienen aquellos que controlan el recurso, y 3) si el control que tiene el tercero sobre el recurso es de tipo monopólico u oligopólico.

Ante situaciones de dependencia la organización tiene cuatro opciones: a) adaptarse o modificar las restricciones, b) modificar las interdependencias a través de fusiones, diversificación o crecimiento, c) negociar en el contexto a través de *joint ventures* u otro tipo de asociación, y d) cambiar la legitimidad del contexto a través de acciones políticas.

Para los promotores de esta teoría variables como el poder, la administración del conflicto y las tensiones políticas y sociales son elementos del entorno, es por ello que la competencia central de los gestores se concentra en la gestión del conflicto y la negociación.

El modelo racional-burocrático y el modelo político se diferencian en casi todos los aspectos. El primero busca la certidumbre, la claridad y la eficiencia como clave del éxito. Cuando se analiza el modelo político la variable del entorno es la incertidumbre, y las

fuentes de información ambiguas y provocando que las metas generalmente sean inconsistentes. En los hospitales públicos de nuestro país, pueden observarse estas características distintivas.

La Teoría del desarrollo organizacional tuvo sus inicios en las técnicas de cambio derivadas de los experimentos con grupos que hizo Kurt Lewin en 1946. Este autor, distinguió como grupos T a aquellos compuestos por “extraños”, es decir, por personas que carecen de antecedentes de trabajar juntos y relacionarse, pero que se desempeñan en la misma organización, evidenciando dificultad de trasladar las habilidades adquiridas en el entrenamiento a la vida laboral; esto condujo entre otras cosas a la aparición de nuevas investigaciones, como los trabajos de Douglas McGregor en Union Carbide, donde se intentó aplicar las ciencias del comportamiento al conocimiento gerencial. Los trabajos posteriores que realizaron otros investigadores como Shepard, en las empresas de refino de petróleo ESSO, en Baton Rouge, Bayonne y Bayway en 1957, demostraron lo fundamental que es el compromiso de la alta dirección en alcanzar el éxito del desarrollo organizacional (DO). Asimismo, se hizo evidente que la complejidad de las organizaciones requiere que las actividades de mejoramiento que propone el DO sean aplicadas en varios niveles: individual, interpersonal, por grupos e inter grupos.

A partir de mediados del siglo pasado se produce la primera gran ruptura con los criterios universalistas de las teorías de la organización, a partir de la presentación de la Teoría de la contingencia por Burns, Slater, Woodward, Child. La creciente importancia del estudio del medio ambiente en las organizaciones como una de las variables fundamentales del éxito de un negocio, condujo a la creación de esta teoría que percibe a la empresa como un sistema abierto. También llamada situacional, surge de investigaciones empíricas aisladas, realizadas con el objetivo de encontrar los modelos organizativos más

eficaces. Hay dos corrientes de la teoría de la contingencia: la escuela de los sistemas socio-técnicos y la corriente de la contingencia.

Quienes defienden esta teoría intentaron identificar los procesos y reacciones que ocurren en el ambiente, intentando clasificarlos por su naturaleza; afirman además que existen cuatro tipos de contextos de entorno que regulan la estructura y el comportamiento organizacional: el entorno estático y aleatorio (tranquilo), el entorno estático y segmentado, el entorno perturbado y reactivo, y el de campos turbulentos. Entre ellos y las compañías estudiadas existe una interdependencia causal.

La importancia de esta escuela radica en que plantea la posibilidad de que, dependiendo de la industria y el medio ambiente en el que trabaje una organización, se vea afectada de manera distinta por las influencias externas. La organización debe, por tanto, diseñar estructuras y modelos diferentes, de modo que un área puede estar organizada con los principios burocráticos y otra como un sistema abierto con flexibilidad y autonomía.

En los párrafos precedentes, puede el lector observar cómo los distintos enfoques van aportando luz a la gestión de las organizaciones. En nuestro caso, y dando por aceptado que los postulados de las teorías clásicas se cumplen en la mayoría de las organizaciones, debemos resaltar nuestro interés en los planteos que realiza la teoría política, entendiendo que es aquí donde se inicia el abordaje de nuestro trabajo. Asimismo, la teoría organizacional nos aporta elementos para planificar procesos de cambio y la teoría de la contingencia la influencia que tiene la tecnología comunicacional y el entorno actual sobre los actores a estudiar.

Teorías Modernas

Posteriormente a estas teorías clásicas se desarrollaron nuevas teorías, que denominaremos Teorías Modernas y que aportan un acercamiento más actual y complejo a la propuesta que vamos a analizar, continuaremos para este tema con los aportes de Chiavenato (Chiavenato, 2007, pág. 561 y ss.) y de Rivas Tovar (Rivas Tovar, 2009, págs. 11-32).

En su primer trabajo Hannan y Freeman se enfocaron en la población y en el segundo en la empresa. Su propósito radica en enfatizar la importancia del entorno en la subsistencia. *La teoría de la población ecológica* reconoce dos corrientes: la primera se fundamenta en el concepto de inercia estructural, que aplica directamente los conceptos de selección natural. La segunda entiende a las organizaciones con un criterio evolucionista.

En este último enfoque las rutinas estandarizadas, la estabilidad, la tendencia a institucionalizar y la estructura organizacional son respuestas a las demandas del entorno; así, las organizaciones se comportan como las poblaciones animales: las que tienen éxito sobreviven, las que fracasan se extinguen.

De acuerdo con esta forma de percibir, la organización de una estructura que ha sido exitosa puede ser usada por otra organización para sobrevivir. Los supuestos teóricos de esta teoría pueden ser resumidos en tres ideas centrales:

- 1) Los recursos del entorno son limitados para todas las organizaciones.
- 2) Las empresas tienen formas organizativas que son seleccionadas a partir de diversas opciones.
- 3) Cuando hay un cambio en el entorno hay dos posibles formas de reorganización: la inercia, que conduce a la desaparición, y la adaptación (flexibilidad organizativa), que conduce a la supervivencia.

La teoría institucional planteada por Di Maggio, Powell, Meyer, Rowan, postula que la organización debe ser estudiada como un todo, y le da importancia a la distinción entre instituciones públicas y organizaciones privadas, en razón de su complejidad y sus fines. Las organizaciones son sistemas sociales, no solo técnicos, y por lo tanto sus miembros requieren apoyo social y no solo demandas de eficiencia. Esta teoría, que toma sus fundamentos de la sociología, nos dice que el contexto social — normas sociales, creencias y reglas— restringen y orientan a como se van a comportar los agentes. Su componente clave se denomina, isomorfismo institucional y distingue tres tipos de efectos: el coercitivo, que son las presiones de otras organizaciones de las que se depende; el mimético, que es la imitación de las organizaciones de más éxito; y el normativo, que son las normas compartidas por varias organizaciones (regulación).

Una de las debilidades de esta teoría es que se ha aplicado básicamente a instituciones no lucrativas, que no dependen de la eficiencia para subsistir. Para las instituciones no gubernamentales los aspectos básicos de sobrevivencia son la legitimación y la aceptación de la sociedad.

Fue Kauffman quien planteo la complejidad en el estudio de los sistemas complejos adaptativos (SCA). Hay dos tipos de sistemas complejos: sistemas de complejidad decreciente y de complejidad creciente. Los primeros no suponen dificultad; el reto en los sistemas de complejidad creciente consiste en la medición de la complejidad de sistemas dinámicos marcados por el tiempo, puesto que este es factor de la complejidad misma. No existe una única explicación acerca de qué hace que un sistema complejo sea tal, esto es, que su complejidad sea creciente.

Con aporte conceptual que hacen cada una de las teorías modernas mencionadas, vemos que muchos enfoques se ajustan al abordaje de la problemática que expresa nuestra hipótesis, sin embargo, existen enfoques que se aproximan aún más a la solución que buscamos y que se describen a continuación y son específicas para nuestra temática.

Documento Final

Los Stakeholders o Partes Interesadas

Cuando una persona o grupo de interés es afectado por un proceso de cambio organizacional y está en la capacidad de incidir en el accionar del proyecto y decide hacerlo, nos encontramos con que se convierte en un actor importante para el mismo. Pero no todos los actores tienen el mismo costo de oportunidad de interactuar dentro del espacio, ni la misma capacidad de negociación, por cuanto, resulta relevante identificar aquellos actores indispensables en el proceso de realización e involucrarlos en su diseño y ejecución para aumentar su posibilidad de éxito.

Estar interesado no necesariamente implica que se vaya a actuar o influenciar el accionar del proyecto de desarrollo, eso depende de una serie de condiciones específicas del entorno, del momento en que se piensa ejercer y de qué tanto impacta sus intereses, pero además de la capacidad de acción del involucrado.

La primera formalización de una teoría de los stakeholders fue presentada por Freeman, en 1984, quien los definió como, "cualquier grupo o individuo que pueda afectar o ser afectado por el logro de los objetivos de la empresa" (Freeman, 1984, pág. 25). Tal definición es bastante amplia y ha permitido incluir a todos aquellos que pueden tener algún impacto en sus decisiones de negocios de la organización de nuestro interés.

En la actualidad, el término stakeholder se usa en su amplia acepción de persona con interés o preocupación en algo. Los stakeholders son relevantes para todas las organizaciones ya que ejercen o pueden ejercer poder, facilitar, bloquear, afectar la rentabilidad de proyectos, negocios e incluso afectar la viabilidad de la empresa u organización. Un término cercano al concepto original que ha cobrado gran importancia en los últimos años

es el de *públicos interesados*. Esta es la acepción que han difundido algunos impulsores de la Responsabilidad Social Empresaria (Zadek, 2005).

La definición de stakeholder que adopta la Asociación Canadiense de Stakeholders (Stakeholders Research Associates Canada Inc., 2005, p. 8), incorpora una dimensión que adquiere gran importancia en la gestión de stakeholders, particularmente en empresas y organismos estatales: el propósito de la gestión de los stakeholders no es sólo asegurar viabilidad -resolviendo con anticipación riesgos sociales y políticos-, sino que además permite descubrir y desarrollar oportunidades de creación de valor. Otros autores, fueron incorporando un límite al concepto, al remarcar que los stakeholders nunca pueden cohesionar debido a intereses comunes (Krick, Forstater, Monaghan, & Sillanpaa, 2005, págs. 5-17).

En este trabajo, se considera oportuno emplear una comprensión de los stakeholders basada en la definición expresada en el párrafo anterior. Por tanto, se entenderá por stakeholder a, *cualquier grupo o individuo que puede afectar o ser afectado por una organización o sus directivos en su rol de tales o sus actividades, así como cualquier individuo o grupo que pueda ayudar a definir propuestas de valor para la organización.*

Esta manera de entender a los stakeholders, incorpora una dimensión personal, humana, desde la empresa u organización. El accionar de la organización, por sí mismo, puede afectar a personas o grupos, pero el accionar de sus directivos, como representantes de la organización o empresa, también afecta a los stakeholders, particularmente cuando existe o se desea construir una relación con estos. Esta definición abre espacio a una perspectiva más amplia y a la vez realista de las relaciones entre stakeholders y organizaciones, puesto que las relaciones entre stakeholders y organizaciones se realizan entre personas.

A continuación, describiremos los modelos de stakeholders más destacados por la literatura especializada, haciendo un especial detalle en el modelo que utilizaremos en nuestro trabajo para gestionar a las Partes interesadas.

La gestión y los cambios en el entorno: la teoría de stakeholders

Los distintos enfoques teóricos han incorporado en diverso grado y desde diferentes perspectivas la relación de la empresa con los stakeholders. Sin embargo, la teoría de stakeholders está en desarrollo y –hasta hace poco- tenía debilidades como su carencia de investigación empírica en países no desarrollados (Foo, 2007).

Para la gestión de organizaciones del sector salud argentino, el entorno competitivo y normativo local es muy relevante; no obstante y como ya se mencionó, una parte importante de la teoría sobre gestión estratégica se ha desarrollado explícitamente para mejorar la competitividad de las empresas de EE.UU. (Freeman, 1984, pág. 24) y, en buena medida, se ha basado en la jurisprudencia estadounidense.

En otra perspectiva, el desarrollo del conocimiento en otros ámbitos ha ido mostrando la conveniencia de incluir en el análisis y las prácticas de gestión elementos que no parecen haber sido incorporados plenamente a la teoría de stakeholders. Es el caso del rol de las expectativas de los tomadores de decisiones, que incorpora la dinámica del tiempo y la percepción subjetiva de lo que puede ocurrir; aspecto tratado en ámbitos que van desde los precios al comportamiento de los tomadores de decisiones financieras.

Otro aspecto no suficientemente tratado en la literatura sobre stakeholders son las conductas (o atributos) que inciden en los aspectos relacionales; en particular, la conflictividad de los stakeholders, con las emociones que pueden asociarse a esta. El efecto de los aspectos relacionales fue tratado en ámbitos como el clima organizacional, los equipos

de trabajo y la inteligencia emocional; las conductas o atributos de los stakeholders que influyen en la relación partes interesadas – empresa, podrían incidir en la prioridad de los stakeholders en la agenda de los directivos de las empresas, y en el desarrollo de la relación empresa-stakeholder.

Así, lo expuesto parece indicar que existe un problema de poca información –o la que existe es parcializada- sobre la forma en que las organizaciones del sector salud pública argentino (Foo, 2007) (y, en general, en países en desarrollo) se relacionan con sus stakeholders, y sobre la validez de algunos postulados de la teoría de stakeholders como herramientas de gestión en este entorno. Ambos son temas clave para el desempeño futuro del sector y relevantes para la teoría de stakeholders.

Modelos utilizados en la teoría de Stakeholders

La identificación de las expectativas y demandas de los stakeholders, así como la integración de los mismos en la estrategia de una organización es una de las herramientas más poderosas para el éxito de un posicionamiento socialmente responsable (Acuña, 2012, págs. 1-15). A continuación, se describen cinco herramientas utilizadas para abordar a las partes interesadas y gestión.

Manual de CSR europea y ORSE

“Diálogo con los grupos de interés. Guía práctica para empresas y stakeholders” (2009)

Este manual fue elaborado por CSR Europe que desde el año 1995, es la principal red de negocios europea para la Responsabilidad Social Empresaria (The European Business Network for Corporate Social Responsibility, 2017) y por ORSE (Observatorio francés de la Responsabilidad Social Corporativa). Fue adaptado al español por Forética, que es la asociación de empresas y profesionales de la RSE líder en España (Forética Liderazgo

Responsable, 2017). Posee una serie de herramientas y buenas prácticas para ayudar a las organizaciones a gestionar de manera responsable el diálogo con sus stakeholders.

En la primera parte del manual, se destaca como tarea principal la identificación de estos grupos, respondiendo a las preguntas por qué, quién y cómo y propone la utilización de paneles de interesados para trabajos en conjunto. En la segunda parte del mencionado manual, se desarrolla en un listado por separado, a los grupos de interés individualizándolos (ONGs, proveedores, comunidades regionales, empleados y consumidores) de manera que pueda explicarse de una manera detallada que vínculo tienen con las organizaciones y ejemplificando con varias empresas.

Este documento es una guía didáctica apto para todo tipo de público, pero no presenta un procedimiento para clasificar a los stakeholders ni resalta ningún modelo para mapearlos, solo detalla en forma taxativa cuales son los principales interesados en una organización.

Manual de Ethical Accountability

Este manual fue confeccionado por la consultora canadiense Ethical Accountability (Foretica.org, 2006). El Volumen II proviene de una versión previa Volumen I llamado *The Guide no Practitioners's Perspectives on Stakeholders Engagement*. Este documento intenta establecer la idea de la relación con las partes interesadas, permitiendo transformar una simple herramienta de gestión de riesgos en un elemento importante de planificación estratégica corporativa. Incluye un proceso que enfoca el desarrollo de un panorama completo de gestión de las partes interesadas.

Figura 1 - Relación con Stakeholders



Fuente: *Manual de Accountability* – Pág. 15

El mencionado manual, es más específico que el de CSR Europe, dado que destaca las diferentes etapas que deben considerarse para la relación con las partes interesadas orientada a resultados:

- 1) Pensamiento Estratégico.
- 2) Análisis y Planificación.
- 3) Fortalecimiento de las Capacidades de Relación.
- 4) Proceso de relación.
- 5) Actuar, Revisar e Informar.

Es más acertado el planteo en etapas, ya que permite analizar a los stakeholders en forma de proceso, a diferencia del manual de CSR Europe donde solo se realiza una mera

exposición taxativa de cada uno de ellos. Este manual no solo plantea la identificación de los mismos, sino que va más allá de una sencilla clasificación, da opción a trabajar con etapas, proponiendo el fortalecimiento de las relaciones utilizando la comunicación como vínculo y actividades de seguimiento. Por último, especifica como revisar e informar las relaciones y disponer de una retroalimentación del proceso.

Para realizar el mapeo de los stakeholders, el manual propone como herramienta metodológica, la convocatoria de un grupo interfuncional de personas representativas de la organización, y mediante alguna técnica (por ejemplo, el brainstorming) proponer una lista de grupos de interés posible y agruparlos según determinadas categorías. Luego, plantea la elaboración de una matriz de temas y stakeholders que provee un ordenamiento preliminar de ellos, donde se revela cuales están más preocupados, acerca de qué temas, para establecer un orden de prioridades a fin de asegurar una buena gestión del tiempo, los recursos y las expectativas.

Se recomienda incorporar algún modelo de clasificación de stakeholders dado que el manual contiene una propuesta integradora, pero es incompleto en la etapa de identificación y clasificación de ellos.

De todos modos, el manual de Accountability es un modelo abarcativo, toma a la gestión de stakeholders como un proceso y es más conveniente su uso que el manual de CSR Europe y ORSE que solo considera la etapa de la identificación de los mismos.

Modelo de Mitchell, Agle y Wood

Este modelo fue elaborado por Mitchell, Agle y Wood en 1997, donde proponen un diagrama de Venn en el cual se relacionan las variables poder, legitimidad y urgencia que van a operar el modelo. Los autores, a partir de lo planteado por Etzioni, definen poder

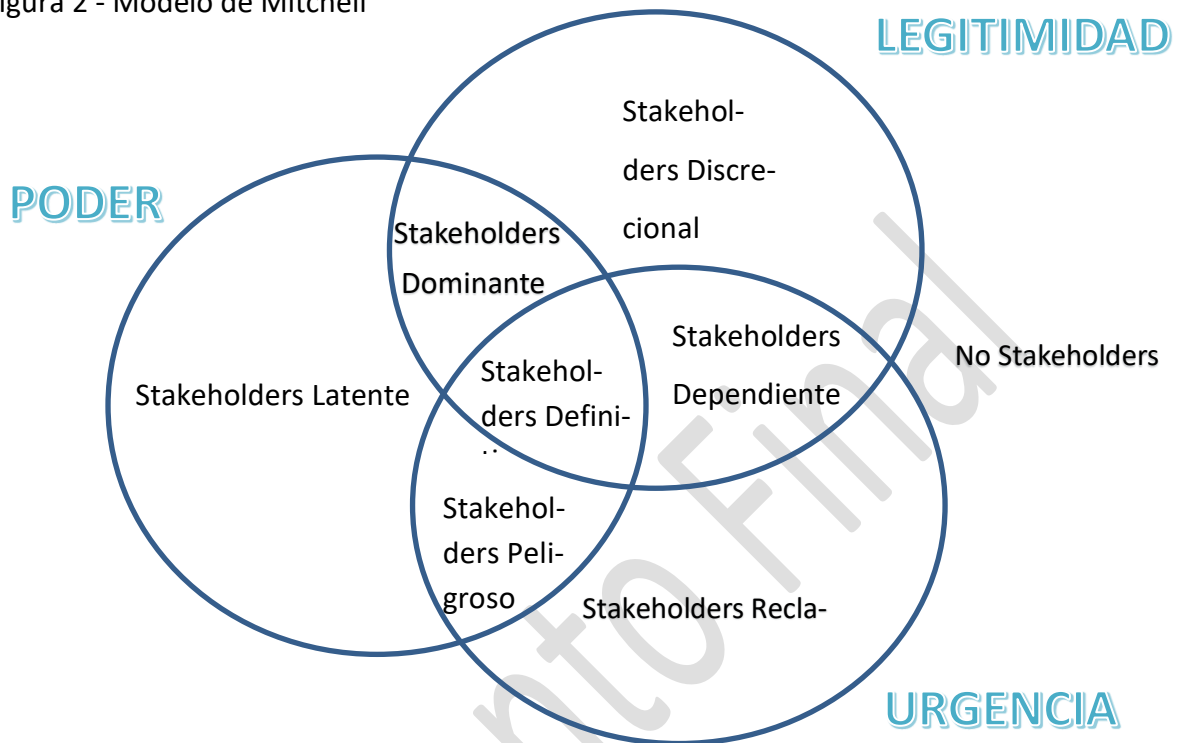
como, “una parte de una relación tiene poder en el grado en que ella tiene, o puede obtener, acceso a medios coercitivos, utilitarios, o normativos para imponer su voluntad en la relación”; basándose en Suchman, definen legitimidad como, "una percepción o supuesto generalizado que las acciones de una entidad son deseables, adecuadas, o apropiadas dentro de algún sistema de normas, valores, creencias, y definiciones socialmente construido"; y finalmente, definen la urgencia como “el grado en el cual la reclamación del interesado exige atención inmediata” (Mitchell, Agle, & Wood, 1997, pág. 865).

Sintetizando, podemos decir que la variable Poder, es la capacidad del stakeholder de influenciar a la organización, la variable Legitimidad se refiere a la relación y a las acciones del stakeholders con la organización en términos de deseabilidad, propiedad o conveniencia y la Urgencia remite a los requisitos que los mismos plantean a la organización en términos de urgencia y oportunidad. Debemos aclarar sin embargo que, ninguno de estos atributos es estático, sino que puede variar en cualquier momento.

Tanto si la hipótesis se cumple, como si no, las relaciones que se establezcan entre los distintos atributos y la prioridad permitirán un mejor conocimiento de cómo los directivos de la salud pública en Argentina priorizan a sus stakeholders. Pese a las críticas, algunas de las cuales se presentan a continuación, se ha optará en este estudio por el modelo de Mitchell (Mitchell, Agle, & Wood, 1997) y no otros, por ser el más ampliamente difundido y citado en la literatura.

Según los autores, la combinación de estos tres atributos en diferentes composiciones lleva a siete tipos de stakeholders: latentes, discrecionales, reclamantes, dominantes, peligrosos, dependientes y definitivos. Si un grupo no posee ninguno de estos atributos, entonces no es un grupo de interés para la empresa u organización. Si posee uno, dos, o los tres atributos, entonces sí lo es y su importancia aumentará con los atributos que posea.

Figura 2 - Modelo de Mitchell



Fuente: Basado en Mitchell y otros (1997, p. 874)

En los latentes se encuentran: a) los adormecidos: stakeholders con poder, pero sin legitimidad ni urgencia, b) exigentes: con urgencia, pero sin poder ni legitimidad, de manera que estos stakeholders sólo son incómodos, c) discrecionales: poseen legitimidad, pero sin urgencia ni poder. En la segunda categoría se encuentran los stakeholders expectantes, los cuales se dividen en a) peligrosos: aquéllos con urgencia y poder, pero sin legitimidad, b) dominantes: con poder y legitimidad, que forman parte de la coalición dominante en la organización. Sus intereses y expectativas marcan una diferencia para la organización, c) dependientes: aquéllos con urgencia y legitimidad, pero sin poder. Esta situación hace a esta categoría de stakeholders dependientes del poder de otros stakeholders, de adentro o de afuera de la organización, para asegurar que sus intereses sean

atendidos. Finalmente, en la tercera categoría se ubican los stakeholders definitivos, aquéllos que poseen los tres atributos: son stakeholders expectantes cuyos intereses, al incorporar el atributo que les faltaba, pasan a ser prioritarios sobre los demás (Mitchell, Agle, & Wood, 1997).

En una segunda instancia, los autores proponen confeccionar la matriz de poder, la de urgencia y la de legitimidad para luego conformar la matriz de consolidación donde se unifican las anteriores:

Tabla 1 - Matriz de Consolidación

Actores	Poder		Legitimidad	Urgencia	Total (A) x (B)x (C)	Índice de Ponderación
	Normalizado (A)	Normalizado (B)		Normalizado (C)		
Actor 1						
Actor 2						
Actor 3						
Actor n						
Total						
Número de Actores						
Promedio						

Fuente: Acuña, 2012, p. 8

Los datos son cuantitativos, pero son resultados de la ponderación del profesional que realice el modelo. El modelo de Mitchell es por ahora el único que opera las relaciones con los stakeholders.

Modelo de Poder e Interés de Gardner

En esta matriz elaborada por Gardner se orienta a clasificar a los stakeholders de acuerdo a las variables de “poder que poseen” y de “grado de interés” que demuestran por las estrategias de la empresa. (Acuña, 2012, págs. 1-16) Se utiliza para indicar qué tipo

de relación debe desarrollar la empresa con cada uno de esos grupos y de esta manera ayudan a definir estrategias específicas de relaciones con los stakeholders.

Tabla 2 – Matriz de influencia de los stakeholders

PODER		Nivel de Interés	
		Alto	Bajo
	Alto	Un Mínimo de Esfuerzo	Mantenga Informado
Bajo	Mantener Satisfecho	Jugadores Clave	

Fuente: basado en Gardner y otros (1986) en: Acuña, 2012 Pág. 9

Con estos resultados se pueden mejorar las estrategias de negociación y tomar decisiones más efectivas. Se obtiene una adecuada estrategia de relacionamiento efectivo (de acuerdo al tipo de stakeholder) que contribuye la gestión de la empresa. También se logra una mejor recepción de las estrategias de la organización y por ende, su factible acompañamiento. Es una matriz sumamente sencilla, lo que se destaca es que ofrece estrategias organizacionales según el interés/poder del interesado.

Modelo de Savage

Savage presenta una matriz de doble entrada para identificar a los stakeholders que influyen en la organización (Savage, Nix, Whitehead, & Blair, 1991). Posee dos ejes críticos: el potencial de estos actores para amenazar a la organización y el potencial de estos grupos de interés de cooperar con la organización.

Tabla 3 - Matriz de influencia - Savage

POTENCIAL DE LOS GRUPOS DE INTERES PARA COOPERAR CON LA ORGANIZACIÓN		Potencial de los grupos de Interés para amenazar a la organización	
		Alto	Bajo
	Alto	Grupo de Interés Mixto "Estrategia Colaborar"	Grupo de Interés de Apoyo "Estrategia Implicar"
	Bajo	Grupo de Interés de No Apoyo "Estrategia de Defensa"	Grupo de Interés Marginal "Estrategia Controlar"

Fuente: Basado en (Savage, Nix, Whitehead, & Blair, 1991) Pág. 65

Por lo tanto, se deducen de la matriz cuatro tipos de interesados:

1. Stakeholders mixtos donde la estrategia será colaborar.
2. Stakeholders marginales cuya estrategia será controlarlos.
3. Los stakeholders de apoyo que implica una estrategia de implicarlos en la organización.
4. Stakeholders no apoyo donde la estrategia es la defensa ya que no son cooperativos y amenazan a la organización.

El potencial de las partes interesadas a cooperar a veces es ignorado, ya que el análisis por lo general, hace hincapié en los tipos y magnitudes de las amenazas de los interesados. El potencial de cooperación es relevante, ya que puede llevar a las organizaciones a

unir fuerzas con estos grupos, dando como resultado una mejor gestión. Las organizaciones pueden centrarse en el potencial de los stakeholders clave, para evitar la implementación de estrategias opuestas a las de los stakeholders, reconocer sus necesidades, y modificar las estrategias para integrarlos. El modelo es sencillo, pero ofrece estrategias al clasificar a los stakeholders, al igual que el modelo de Gardner.

Análisis de stakeholders

El análisis de stakeholders parte de la identificación de los stakeholders, para lo cual se requiere que la organización que realiza el análisis defina qué entenderá por el concepto, utilizando –por ejemplo– alguna de las definiciones expuestas con anterioridad. Esta opción de definición estará determinada y debe estar en concordancia con la estrategia de la organización, con el entorno de ésta y el nivel de desarrollo de la relación entre empresa y entorno.

Si el caso de estudio fuera analizar sistemas ambientales algunos autores (Prell, Hubacek, & Reed, 2009) nos recomiendan seguir los siguientes pasos para el análisis de stakeholders:

- 1) Definir los aspectos del sistema, problemas o temas en estudio.
- 2) Identificar a los stakeholders que tienen interés en los aspectos del sistema.
- 3) Caracterizar a los stakeholders.
- 4) Establecer prioridades para la participación de los stakeholders en las decisiones sobre aspectos del sistema.
- 5) Seleccionar a los stakeholders relevantes para los procesos de participación.

De todos los modelos presentados, consideramos que el kit desarrollado por el Banco Mundial en el documento *Participation and Social Assessment: Tools and Techniques*

(Rietbergen Mc Cracken & Narayan, 1998 pp. 65-70), aporta las herramientas adecuadas para abordar la problemática de los stakeholders desde la propuesta de Mitchell y otros. Este kit de herramientas es una versión revisada y actualizada que permite evaluar las técnicas de participación y la evaluación social, por cuanto lo consideramos útil y valioso para nuestro trabajo.

Teoría de la gestión en los procesos de cambio

Cuando utilizamos la palabra cambio, en términos de la gestión, nos referimos a aquellas situaciones en las cuales las personas que integran una organización deben aprender y aplicar nuevos conocimientos, habilidades o actitudes para llevar a cabo las funciones que tienen que realizar. Es importante destacar el hecho de que la palabra cambio tiene diferentes significados para los diferentes actores involucrados en el proceso (Suarez Nuñez & López Canto, 2010, pág. 245).

Cuando analizamos organizaciones, el cambio y sus procesos no tienen el mismo significado para los empleados que para responsables de la dirección o para los clientes o los proveedores. Mientras que, para caso de los clientes y proveedores, un cambio puede ser oportunidad para disponer de un servicio superior, para la organización y sus directivos puede significar una nueva alternativa para reinventar a la organización. Para el caso para empleados, el cambio puede ser considerado como el incremento de la carga laboral.

En nuestro tiempo, permanentemente se destaca el papel que juega el cambio en el mundo de los negocios y de las organizaciones. Es esta creciente rapidez e imposibilidad de predecirlos y su impacto en el entorno, lo que hacen que el tema del cambio, preocupe cada vez más a la teoría y práctica organizacional (Collin, 2010).

En la literatura sobre desarrollo organizacional, las ideas referidas al cambio refieren a mecanismos para supervivencia, para mejorar la competitividad y el desempeño, y para alcanzar la legitimidad social, entre otras significaciones; también lo es el objeto del cambio, dado que se alude al cambio en las estructuras organizacionales, en la cultura de los miembros de la organización, en los espacios psíquicos de los individuos, en los mecanismos de interacción social tanto formales como informales, en los conocimientos y en los fines mismos de la organización, por mencionar algunos de una amplia lista de objetos de cambio. Estos diversos significados y connotaciones que se le dan tienen en común el supuesto de que gestionar el cambio es posible.

En la actualidad, el cambio es considerado un tema central en la teoría de la organización, tanto desde la práctica como desde la academia. Las razones académicas porque producen interrogantes pertinentes respecto a la visión actual de las organizaciones, en donde se los consideran como elementos propios de su naturaleza. Y por parte de las prácticas, por la compleja dinámica que viven las organizaciones en un mundo interrelacionado y cambiante.

El cambio organizacional no es sólo introducir nueva tecnología, realizar cambios en la estructura o desarrollar nuevas estrategias comerciales. Cambiar implica romper tradiciones, hábitos y costumbres, rutinas incorporadas a la forma de ver y operar la realidad en cada organización. Cuando se ponen en marcha este tipo de procesos, se producen cambios en los centros de poder, en los intereses personales y grupales, sobre los cuales hay que trabajar para vencer temores y resistencias.

A continuación, analizamos algunas definiciones del cambio organizacional. Para French y Bell (1996) "cambio" significa que el nuevo estado de las cosas es diferente al antiguo estado de las cosas; en cambio para De Faria Mello (1995 en (Negrete Jiménez,

2012)) como la modificación de un estado, condición o situación; según Stepen y Couter (2000 en (Negrete Jiménez, 2012)), el cambio es una modificación en las personas, estructura o tecnología. Por su parte, Pina (2004 en (Negrete Jiménez, 2012)) utiliza el concepto de que el cambio es una alteración en el diseño o estrategia de la organización o cualquier otra tentativa para influenciar en los miembros de la organización a adoptar comportamientos diferentes. Dalton (1969 en (Negrete Jiménez, 2012)), lo define como cualquier alteración significativa de las pautas de conducta de una gran cantidad de los individuos que constituyen esa organización.

Los procesos de cambio organizacional desde la perspectiva de la gestión

Algunos paradigmas organizativos contemporáneos que forman parte de la nueva teoría de la organización, abarcan perspectivas como la cultura y el aprendizaje organizativo, así como el cambio y clima organizacional. La mayoría de las corrientes que estudian el cambio organizativo no lo hacen con profundidad.

Se considera al cambio como respuesta a los impulsos del entorno (teoría de las contingencias), el cambio de los patrones culturales, el cambio generado por las relaciones dinámicas con otras organizaciones, o el cambio vinculado al ciclo vital de los entes organizativos. En cambio, la perspectiva del Cambio organizativo, toma como objeto principal el estudio de la lógica de cambio (cómo cambian y por qué), la resistencia al cambio (qué fuerzas rechazan el cambio y por qué) y los agentes del cambio (que actores son o pueden ser los catalizadores, dinamizadores y conductores del cambio).

Es posible encontrar distintas clasificaciones de cambio organizacional, una de ellas, propuesta por Nadler y Tushman (1986 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)), señala que es posible clasificar el cambio organizacional según el origen o la intencionalidad que tiene. Así podría distinguirse entre cambio emergente y cambio planificado.

El cambio emergente o no planeado sería aquel que surge de modo natural ya sea producto del modo en que la gerencia maneja la organización o por el medio en el que ésta se mueva, serían cambios no previstos por la organización de tipo adaptativos. El cambio planeado sería aquel que se produce por acciones administrativas que tienden a lograr ciertos objetivos, en general este tipo de cambios busca impulsar el mejoramiento de la organización (Acosta, 2002 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)).

El enfoque de gestión del cambio organizacional se basa en los modelos de cambio planificado. La gestión busca movilizar la organización desde un estado presente a uno más deseable, desde el punto de vista de la investigación, la intervención o gestión sería la variable independiente, mientras que los cambios que se producen en el entorno de trabajo, las conductas individuales y los resultados organizacionales serían las variables dependientes (Robertson, Robert y Porras, 1993 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)).

En la gestión del cambio el enfoque que ha predominado es el lineal, en el que el gerente rediseña y cambia la organización, con una lógica de causalidad, los modelos en etapa siguen esta lógica (De Cock y Rickards, 1996 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)). En contraposición, Mintzberg entiende que la gestión del cambio organizacional arrastra en si misma consecuencias impredecibles, por cuanto no podríamos hablar de etapas fijas y racionales en la gestión.

Así mismo, como señalan Katz y Kahn (1989 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)) la organización es un sistema abierto y, en ese sentido, el cambio organizacional es una respuesta a los cambios que se producen en el exterior del sistema y como se acomodan posteriormente en su interior. Así pues, no se trata de una acción aislada, sino que, ubi-

cado en la especificidad de un área o de un cargo, el cambio repercute en las demás unidades de tal sistema. El cambio puede ocurrir a nivel superficial pero también afectar las estructuras profundas de la organización.

Según Acosta (2002 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)), las organizaciones cambian para consolidarse satisfactoriamente ante las necesidades de sus consumidores, proyectarse con más fuerza hacia el futuro en un ambiente lleno de incertidumbre, ser más fuertes frente a la competencia, aprovechar las oportunidades del mercado e incorporar las nuevas tendencias culturales. Uno de los principales factores que diferencia a las organizaciones privadas y públicas, es el escenario en el que se desenvuelve cada una de ellas.

Las organizaciones privadas, generalmente, se mueven en un ambiente competitivo, por lo que deben responder permanentemente a esa competencia para mantenerse vigentes. Por otro lado, en las organizaciones públicas, la competencia no es un factor relevante para el cambio. Sin embargo, existen otros motivos que las obligan a cambiar como los cambios de gobierno, políticas gubernamentales, brindar un mejor servicio a los ciudadanos, etc.

Gestionar el cambio en una organización sería una labor sumamente compleja, no existiría un método único para implementar el cambio, y lo que puede ser exitoso en un contexto podría no serlo en otro. Los modelos de cambio planeado sirven como punto de referencia a partir del cual comenzar un programa de gestión del cambio (De Cock y Rickards, 1996 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)).

La literatura nos ofrece numerosos modelos y teorías respecto a la gestión del cambio, nosotros nos enfocaremos en analizar a los que consideramos más importantes y más utilizados.

Modelo de campo de fuerzas de Lewin: Para Lewin el cambio estaría dado por la oposición de fuerzas, entre las que mantienen el statu quo y los que tratan de cambiarlo, estas fuerzas harían pasar a la organización de un estado de equilibrio a un estado diferente. Cuando ambas fuerzas están equilibradas, los niveles actuales de comportamiento se mantienen y se logra, según Lewin, un equilibrio “casi estacionario”. Para modificar ese estado casi estacionario se puede incrementar las fuerzas que propician el cambio o disminuir las fuerzas que lo impiden o combinar ambas tácticas (Fuentes, 2009 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)).

Modelo de Jerry Porras: creó un modelo llamado “Análisis de Flujos”, en el que señala que las organizaciones están compuestas por cuatro subsistemas interrelacionados: funcionamiento organizacional, factores sociales, tecnología y ambiente, cada uno de los subsistemas conforman elementos específicos, que influyen de manera directa sobre la conducta de los integrantes de una organización, que a su vez determina dos tipos de resultados organizacionales: el nivel de desempeño organizacional y el nivel de desarrollo de los miembros de una organización.

Según Robertson, Robert y Porras, (1993 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)), definen los siguientes cuatro subsistemas organizacionales. Funcionamiento organizacional, los elementos formales de una organización que proveen mecanismos de coordinación y control necesarios para la actividad de la organización. Los Factores Sociales son las características individuales y grupales de las personas que son parte de una organización, sus relaciones, y la cultura organizacional. La Tecnología, se refiere a todo aquello que

está directamente relacionado con la transformación de insumo a producto, como el diseño del flujo de trabajo. El Ambiente Físico como las características del espacio físico en el cual se encuentra la organización.

Para este modelo si se realizan cambios en alguno de los elementos de los subsistemas se producen cambios en la conducta individual y por tanto en los resultados organizacionales (Robertson, Robert y Porras, 1993 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)). Es por ello que estos elementos se convierten en las variables independientes o manipulables.

Resistencia al cambio organizacional

Las fuentes de la resistencia al cambio surgen de una mezcla de fuentes individuales y organizacionales. Así, según los trabajos de Davis, K. y Newstrong, J. (1997 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)), el cambio laboral dependerá de las distintas actitudes que cada uno de los miembros de la organización presenten ante la situación de cambio planteada.

A partir de allí, se pueden obtener múltiples respuestas que se fundamentan en la forma en que estos individuos logren interpretar el proceso de cambio. Además, estos autores, señalan que estas respuestas están determinadas tanto por la historia personal, como por el entorno de trabajo de cada individuo. Los sujetos también suelen evaluar los costos y beneficios del cambio. Estos costos pueden ser económicos, psicológicos o sociales.

Las diferencias recaen en las singularidades de los individuos, hay algunos que enfatizan los costos mientras que otros perciben sólo los beneficios. Otra respuesta es la resistencia al cambio. En este sentido, cualquier esfuerzo que se realice para generar un cambio organizacional (incluso si su objetivo fuera favorecer a los trabajadores) encontrará resistencia, esto puede ser entendido bajo la conceptualización de Kurt Lewin como las fuerzas que buscan mantener el statu quo, por lo tanto la resistencia puede ser definida

como una reacción natural de los individuos y grupos que buscan aferrarse a las conductas ya conocidas y desarrolladas en el pasado y escapar de lo desconocido (Romeo, 1999). Burke (2008) en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017) apunta que la resistencia refiere sobre todo al no querer perder algo de valor para las personas, y no como una oposición per se al cambio. La resistencia al cambio no se produce de manera estándar.

La resistencia puede ser manifiesta, implícita, inmediata o diferida. Cuando se produce de manera abierta e inmediata, es más simple para la administración manejarla. La forma más difícil para la dirección es cuando se presenta una resistencia implícita o diferida. Los esfuerzos de la resistencia implícita son más sutiles —pérdida de lealtad para la organización, pérdida de motivación para trabajar, mayor número de errores o equivocaciones, mayor ausentismo por “enfermedades” — y, por tanto, más difíciles de reconocer. De manera similar, las acciones diferidas enturbian el vínculo entre la fuente de la resistencia y su reacción a la misma.

Un cambio puede producir lo que parece sólo una reacción mínima en el momento en que se inicia, pero luego la resistencia sale a la luz semanas, meses o hasta años después. O un solo cambio que en sí y de por sí puede tener poco impacto se convierte en la gota que derrama el vaso. Cuando la reacción al cambio se acumula, luego explota de manera desproporcionada dificultando la acción de cambio siguiente. En este caso, la resistencia se difiere y almacena y luego surge en respuesta a una acumulación de cambios anteriores. Rodríguez (2001 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)), indica que la resistencia al cambio originada por fuentes individuales reside en las características humanas básicas como percepciones, personalidades y necesidades.

Entre ellas podemos citar algunas razones, por ejemplo: el hábito (inherente a la condición humana); hoy en día, la vida es suficientemente compleja; y para manejar esta

complejidad, todos confiamos en hábitos o respuestas programados. Pero al enfrentarnos al cambio, la tendencia con la que respondemos nuestros comportamientos y reacciones se convierten en resistencia.

El factor económico puede despertar resistencia, debido a cambios en las tareas laborales donde los agentes se desempeñan. Las personas se preocupan, si entienden que no pueden desarrollar las tareas en nuevas funciones asignadas. Razones de seguridad ocasionan resistencia al cambio, debido a que los individuos sienten o perciben amenazas que puede estar asociada por temor a lo desconocido. La resistencia al cambio es un fenómeno psicosocial que se debe estudiar para conocer y adoptar las reacciones y condiciones que la disminuyan y faciliten este cambio (López, 2004 en (Marteau , Perego, & Miguel, 2017)).

Como puede observarse, existen varios enfoques a través de los cuales se abordan los procesos de cambio y la resistencia a estos. Esta propuesta será enfocada desde la perspectiva que ofrece el modelo de Lewin de las fuerzas de campo, que como mencionáramos en el tratamiento de las teorías de la organización, fueron de gran aporte a *la Teoría del desarrollo organizacional*.

El conflicto

De las distintas teorías desarrolladas en el terreno de las ciencias de la administración, como hemos visto, nos aportan herramientas y metodología para lidiar con los procesos de cambio. Sin embargo, a todo cambio se le presentan interferencias deliberadas que intentan impedir que el proceso evolucione hacia los objetivos propuestos. Estas interferencias deliberadas conocidas como *conflicto*, son acciones que se expresan de forma activa o pasiva con la intención de impedir el avance de la organización.

El conflicto es un fenómeno natural en toda sociedad, es decir, se trata de un hecho social consustancial a la vida en sociedad. Asimismo, las disputas son una constante histórica, puesto que han comparecido en todas las épocas y sociedades a lo largo de los tiempos. Incluso, el cambio social que determina toda la dinámica de la vida de los seres humanos es una consecuencia que debe ser imputada de modo mayoritario, aun cuando no de manera absoluta, al conflicto. De ninguna manera puede afirmarse que las disputas sociales sean algo perjudicial, ya que son una expresión normal del comportamiento social; ni siquiera puede decirse que son algo malo o negativo para la sociedad, organizaciones o las personas.

El conflicto es algo en donde todos tenemos experiencia, sin embargo, no es fácil definirlo y en la academia no hay un acuerdo sobre qué forma de realidad constituye un conflicto.

En relación con el concepto de conflicto, existen diferentes aproximaciones según su enfoque, de las que se pueden destacar las sociales, las políticas y las psicosociales. Siendo todas ellas útiles e interesantes y siguiendo los objetivos de este trabajo, nos basaremos en la aproximación psicosocial donde defina al conflicto como un “proceso cognitivo-emocional en el que dos individuos perciben metas incompatibles dentro de su relación de interdependencia y el deseo de resolver sus diferencias de poder” (Lucaya Montes, 2015).

Los conceptos de conflicto y de paz se encuentran en un mismo plano y esto se verifica cuando otros autores, señalan que todo conflicto o disputa es el resultado del intento continuado y frustrado de instaurar un nuevo orden por parte de quienes perciben que sus objetivos son incompatibles entre sí (Nadal , 2010).

En la mayoría de las definiciones y consideraciones al respecto, aparecen los siguientes elementos esenciales del conflicto (Dorado Barbé, 2014, pág. 41),

- Diferencia de intereses entre las partes.
- Diferencia de percepciones e interpretaciones de la situación de conflicto.
- Importancia de las emociones en el conflicto.
- Elementos positivos o negativos en el conflicto dependiendo de su gestión.
- El conflicto como motor de cambio y desarrollo.
- El conflicto como situación y proceso.
- El conflicto como elemento inherente a la convivencia.

Es importante el análisis pormenorizado de los distintos elementos que conforman al conflicto para luego, desarrollar un tratamiento adecuado, tanto para su prevención como como su tratamiento.

Podemos destacar de lo mencionado, los siguientes aspectos:

- El conflicto es un proceso.
- Existe una relación interdependiente de las partes.
- Tiene componentes cognitivos y emocionales.
- Se trata de una percepción de “metas incompatibles”.

En el conflicto siempre existen dos partes. Su definición se centra en dos personas (conflicto interpersonal); no obstante, puede ser entre individuos y grupos o entre grupos, lo que se suele denominar “conflicto multipartes”.

Se plantea el “poder” como capacidad de influencia. El tratamiento no adecuado de conflictos produce un alto nivel de insatisfacción y de continuo desmejoramiento de los procesos. Sobre este aspecto, Senge explica que:

los individuos que no se han disciplinado en pensamiento reflexivo tienen dificultades para oír lo que dicen los demás. Tienen poca tolerancia para las interpretaciones porque solo ven su propia interpretación. Los equipos y grupos que no dominan las aptitudes de negociación, se pasan horas discutiendo sus ideas. Al fin, frustrados y exhaustos, terminan prestándose a una solución intermedia en la que nadie gana o bien se inclinan ante el que ocupa el cargo más alto, que gana por medio de la autoridad. (Senge, 1995, pág. 156)

Algunas características de los conflictos en las organizaciones

Es necesario distinguir entre un conflicto entre dos sistemas y los conflictos en el interior de un sistema. Para ello se enuncian las principales características del conflicto en las organizaciones (García & Espinosa, 2005)

Las partes están regidas por la misma estructura y poseen las mismas restricciones de tiempo, espacio, recursos, por lo cual no hay posibilidad de sacar ventaja de una sobre otra, con el fin de influir en una decisión. Posiblemente, las partes estén en un mismo nivel y ninguna tiene autoridad sobre la otra. La negociación tradicional trata con el conflicto competitivo, llevando a las partes a resolver sus diferencias de intereses. Pero en el caso de los conflictos cooperativos, el interés es el mismo.

Generalmente, las partes se representan a sí mismas, esto es, no hay negociadores, lo que agrega carga emocional al conflicto, aspecto el cual pocas veces es estudiado. La carga emocional provee de interferencias que pueden obstaculizar el conocimiento del interés de las partes.

¿Cuál sería la utilidad de volver un conflicto cooperativo en competitivo, si la estructura bajo la cual se rigen los elementos, provee indicadores que premian el trabajo individual y la competencia? Se ha observado que en situaciones en las cuales, la acción de

uno de los miembros del grupo, no afecta el desempeño de los otros, la competencia es más propensa a producir mejores resultados que la cooperación. Pero, cuando las acciones son interdependientes, la competencia produce como resultado que la acción de un miembro del grupo trata de reducir la efectividad de la otra y la organización sufre.

Un equipo de trabajo puede reconocer que dos puntos de vista entre sus miembros son contrarios y sin embargo no puede descartar ninguno de ellos, ya que resultan verdaderos y están viendo diversos aspectos de las mismas interrelaciones y a medida que se amplía el espectro de opiniones, el pensamiento colectivo del equipo refleja la estructura. Esta definición permite concluir que mientras más diversas sean estas opiniones, mejor descrito estará el problema y no solo bastará con las opiniones de las partes, siendo esto muy diferente a los enfoques de negociación conocidos (Goodman & Kemeny, 1995, pág. 305).

En conclusión, a diferencia de conflictos entre dos cuerpos o sistemas como países o empresas, los conflictos dentro de una organización, tienen la característica especial de que no puede haber ganadores y perdedores. Sí el conflicto es solucionado de forma que una parte pierde, todos pierden, porque pierde el sistema (García & Espinosa, 2005).

Clasificación de conflictos en las organizaciones

Los conflictos en las organizaciones se pueden clasificar según el nivel de participantes, si ocurre dentro del propio individuo, el origen de los conflictos son producto de ideas, pensamientos, emociones, valores, predisposiciones, impulsos, que entran en colisión unos con otros llegando a producir frustración e insatisfacción, a tipo se lo denomina intrapersonal o intrapsíquico (Lewicki, Weiss, & Lewin, 1992). Otro tipo de conflictos ocurre entre las personas individuales: marido y mujer, jefe y subordinado, amigos, compañeros de trabajo etc., el cual se denomina interpersonal.

Si el conflicto se da dentro de un pequeño grupo, como puede ser dentro de las familias, empresas, clases, etc., se entiende como un impedimento para alcanzar objetivos del grupo dado que la rivalidad y las disputas internas afectan a la eficacia de la consecución de metas grupales.

Finalmente, en este proceso de clasificación llegamos al conflicto intergrupalo que se produce entre diferentes grupos, diferentes naciones, sindicatos y patronal, diferentes empresas o partidos políticos etc. La resolución del conflicto en estos casos se torna muy complicada, debido a la diversidad existente y la multitud de personas implicadas.

Por otro lado, cuando avanzamos hacia las causas que producen conflicto en las organizaciones, podemos distinguir cinco tipos (Moore, Negociación y Mediación, 1994, págs. 1-16), primero los conflictos de relación, que se deben a fuertes emociones negativas, falsas percepciones o estereotipos, a la ausencia total o parcial de comunicación, o a conductas negativas reiteradas. Estos problemas nos llevan a lo que se ha dado por llamar, conflictos irreales o innecesarios, que se pueden producir aun cuando no estén presentes los factores objetivos de un conflicto, tales como recursos limitados u objetivos que se excluyen de manera conjunta. Estos problemas de relación, frecuentemente conllevan discusiones que generan una innecesaria de escalada progresiva de conflicto destructivo (Moore, Negociación y Mediación, 1994, págs. 1-16).

Los conflictos de información que se generan ante la ausencia de información necesaria para la toma de decisiones. Las personas en estos casos, están mal informadas, difieren sobre qué información es relevante, o tienen criterios de estimación discrepantes. Frecuentemente, los conflictos de información resultan innecesarios, especialmente los cau-

sados por una información insuficiente entre las personas en conflicto. Sin embargo, pueden ser auténticos, aquellos en los que no son compatibles la información y/o los procedimientos empleados por las personas para recoger datos.

Los conflictos de intereses que ocurren cuando existe competencia entre necesidades incompatibles o percibidas como tales. Estos resultan cuando una o más partes creen que para satisfacer sus necesidades, deben ser sacrificadas las de un oponente. Los conflictos fundamentados en intereses ocurren acerca de cuestiones sustanciales como dinero, recursos físicos, tiempo, etc. Para que se resuelva un conflicto de intereses, debe haberse satisfecho un número significativo de los intereses de cada una de las partes.

Los conflictos de valores que se originan al surgir sistemas de creencias que se perciben como incompatibles. Los valores son creencias que la gente emplea para dar sentido a sus vidas. Los valores explican lo que es bueno o malo, verdadero o falso, justo o injusto, etc., sin embargo, valores diferentes no tienen por qué causar conflicto, ya que las personas pueden vivir juntas en armonía con sistemas de valores muy diferentes.

Finalmente, identificamos a los conflictos estructurales que son originados por estructuras opresivas que se dan en las relaciones humanas. Estas estructuras sociales son violentas, estando configuradas a menudo por fuerzas externas a las partes en conflicto. Es difícil satisfacer las necesidades básicas, pudiendo darse escasez de recursos físicos o autoridad, condicionamientos geográficos (distancia o proximidad), tiempo (demasiado o demasiado escaso), estructuras organizativas, etc., promueven con frecuencia conductas conflictivas (Galtung (1995 en (Moore, Negociación y Mediación, 1994, págs. 2-4)).

Gráfico 1 -Esfera del Conflicto



Fuente: (Moore, 1995, pág. 63)

El conflicto disfuncional

El conflicto en las organizaciones no debe clasificarse como algo bueno o malo, ya que en ocasiones puede resultar positivo o negativo dependiendo de las circunstancias en que se desarrolla, el tipo de grupos al que afecta, las causas que lo originan, etc. Cuando se produce un conflicto en el seno de una organización, se ha de detectar por parte de los responsables o líderes de la empresa si es oportuno que se desarrolle o no, de forma que se analice si puede repercutir en crear una actitud favorable y positiva para la obtención de las metas y objetivos comunes, o bien puede resultar perjudicial para alcanzar dichos los objetivos, y en este caso, estaríamos ante un conflicto disfuncional.

Cuando los resultados de una disputa son positivos para la organización, nos encontramos ante conflicto constructivo. Ya que la confrontación se resuelve favorablemente y aporta beneficios para la organización. Sin embargo, el conflicto destructivo, se produce cuando una de las partes queda satisfecha al percibir que la otra parte ha obtenido resultados negativos. Estos son los conflictos disfuncionales, puesto que impiden que la organización alcance sus objetivos, no existiendo cooperación ni colaboración, sino más bien desorganización, competencia, caos y desacuerdo (Torregrosa & Crespo, 1984, págs. 669-700).

Por lo expresado precedentemente, es fundamental distinguir los conflictos funcionales de los disfuncionales. Los conflictos funcionales centrados en las tareas (que tienden a mejorar los resultados) y los disfuncionales, conflictos centrados en las personas, debiendo estos ser evitados, reducidos o mitigados por los directivos, ya que suponen barreras para alcanzar las metas y resultados. Algunos autores destacan aspectos negativos o disfuncionales del conflicto y que a continuación reseñamos (Lewicki, Weiss, & Lewin, 1992):

- Los procesos competitivos. La percepción de motivos incompatibles aboca a la necesidad de vencer al contrario para conseguir los objetivos propios. Estos objetivos no tienen que ser incompatibles, pero cuando una de las partes los percibe, es probable que produzca una espiralización del conflicto.
- Sesgos y distorsiones. En la medida en que un conflicto se intensifica las percepciones tienden a distorsionarse. Las informaciones se entienden desde una perspectiva o desde la otra. Lo que se identifica de otra posición es rechazado.
- Emocionalidad. Las situaciones de conflictos tienden a provocar que las personas sin desearlo, expresen emociones de ansiedad, irritación, enfado o frustración. La emoción, generalmente domina al pensamiento y vuelve irracionales a los implicados.
- Disminución de la comunicación. Las partes se comunican menos con quien les desagrada y más con quien les agrada. Las comunicaciones tratan de derrotar, denigrar o desacreditar al punto de vista de la otra parte para fortalecer el propio.
- Temas confusos. Cuando el tema central a tratar se torna confuso e indefinido, las partes no tienen claro por qué comenzó el conflicto y qué pretendían en un principio.
- Compromisos rígidos. Las partes se atrincheran en sus posiciones. Se maximizan las diferencias y se minimizan las similitudes. Se tiende a ver al otro como radicalmente opuesto.
- Escalada del conflicto. En tanto que las partes estrechan sus puntos de vista, se hacen más intolerantes, más defensivas y más emocionales. Las partes tratan de vencer a la otra parte más que lograr sus objetivos. Los conflictos disfuncionales en las organizaciones pueden producir tensión y estrés en los miembros implicados, así como frustración y hostilidad por el bloqueo de las aspiraciones. Pueden producir redistribuciones inadecuadas de los recursos. Además, en una

radicalización del conflicto pueden desplazar las energías hacia objetivos no organizacionales afectando al funcionamiento organizacional. retrasos en la comunicación, reducción de la colaboración y la cohesión y, como consecuencia, bloqueo de la actividad, llegando hasta la distorsión de objetivos (Lewicki, Weiss, & Lewin, 1992).

Como consecuencias al conflicto disfuncional se ha observado que, se reduce la comunicación, utilizándose en algunos casos como canal intimidatorio o amenazante hacia la otra parte, las personas sufren desgastes personal y grupal, afectando a la organización directamente. Otro efecto observado es que se juzga a la otra parte subjetivamente, sin ajustarse los juicios a la realidad, y apareciendo falsas apreciaciones que intensifican el conflicto, se genera un clima de intolerancia y desintegración (Lewicki, Weiss, & Lewin, 1992).

Finalmente, las partes intentan aumentar su nivel de poder, considerando la fuerza como punto favorable o de ventaja. Las relaciones se tornan hostiles, apreciándose más las diferencias que las similitudes de las partes. Las actitudes e interrelaciones muestran un carácter hostil y amenazante, perdiéndose las normas sociales de interrelación personal. Las personas que integran la organización que han vivido un conflicto disfuncional, perciben el conflicto como algo negativo que necesariamente se ha de evitar, lo que impide que surjan conflictos funcionales que pudieran aportar resultados beneficios en la organización.

La dimensión emocional en los conflictos

Las emociones son básicamente procesos físicos y mentales, neurofisiológicos y bioquímicos, psicológicos y culturales, básicos y complejos. Sentimientos breves de aparición abrupta y con manifestaciones físicas, tales como, rubor, palpitations, temblor, palidez;

de duración corta y a veces se acompañan con agitación física a través del sistema nervioso central. Modifican el estado de ánimo. Los sentimientos son las emociones culturalmente codificadas, personalmente nombradas y que se sostienen en el tiempo (Poncela Fernández, 2011).

Las emociones están, cobran presencia y ocupan un lugar en las historias individuales y colectivas. Se expresan de innumerables maneras, y quizás con más potencia cuando no se expresan. De la misma manera pueden contribuir a crear, a poner en movimiento, a trascender hacia niveles más elevados como también a quebrar y desbastar grupos y organizaciones (Santa María, 2008, pág. 49). Por estas razones consideramos necesario poner foco en perspectivas y propuestas que nos permitan, en nuestro modelo de gestión del conflicto, atender y gestionar las emociones.

Según Damasio (Damasio , 2016, págs. 283-287), desde el punto de vista práctico, el papel de las emociones y sentimientos en la construcción de la racionalidad tiene implicancias fundamentales para nuestras relaciones sociales, descartando totalmente que la mente puede ser explicada por acontecimientos cerebrales y dejando de lado al resto del organismo, al ambiente físico y social que nos rodea.

Si bien nuestros pensamientos pueden ser de carácter privado, las emociones son públicas, dado que la interconexión entre pensamientos y emociones da lugar a posturas diversas. El lenguaje emocional habla hacia el exterior, en su idioma particular que son las expresiones verbales, gestuales y posturales, que muy a pesar de quien se expresa, produce información sobre los estados internos a los que estamos sometidos. (Santa María, 2008, pág. 51). Esta es la cuestión a tener en cuenta, en situaciones de interrelación, cuando estamos interactuando con situaciones de conflicto o choques culturales.

Si las emociones no se expresan pasan al plano de la conducta, se actúan, no solo en el momento de la interacción, sino que se proyectan al después, apareciendo de manera conflictiva incluso en momentos imprevisibles, acentuando las posibilidades de quiebres y malentendidos. Las ideas y palabras se cargan de tensión y aparecen en el dialogo frases con segunda intención, fracturas emocionales y cuentas pendientes producto de situaciones no resueltas. El sarcasmo es uno de los comportamientos más destructivo cuando surgen intercambios verbales.

La representación de la realidad es la base de las explicaciones subjetivas de la misma, las cuales no responden a una descripción neutral, racional, transparente y objetiva. Todo lo contrario, las emociones influyen en la identificación de lo que vemos, en la conexión con lo que interpretamos y lo que proyectamos (Manucci, 2017).

Las emociones son también, un filtro para conectar con el mundo y la realidad, construir representaciones y actuar. Estados emocionales negativos son capaces de convertir las menores diferencias en muros infranqueables, promoviendo una hostilidad activa. Al contrario, emociones de amor, empatía y toda la gama de sentimientos que valorizan al otro filtran la mirada y actúan potenciando esa valorización.

Las competencias emocionales

Concebimos el concepto de competencia como la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia (Bisquerra Alzina & Escoda, 2007).

Por tanto, podemos destacar las siguientes características de la noción de competencia:

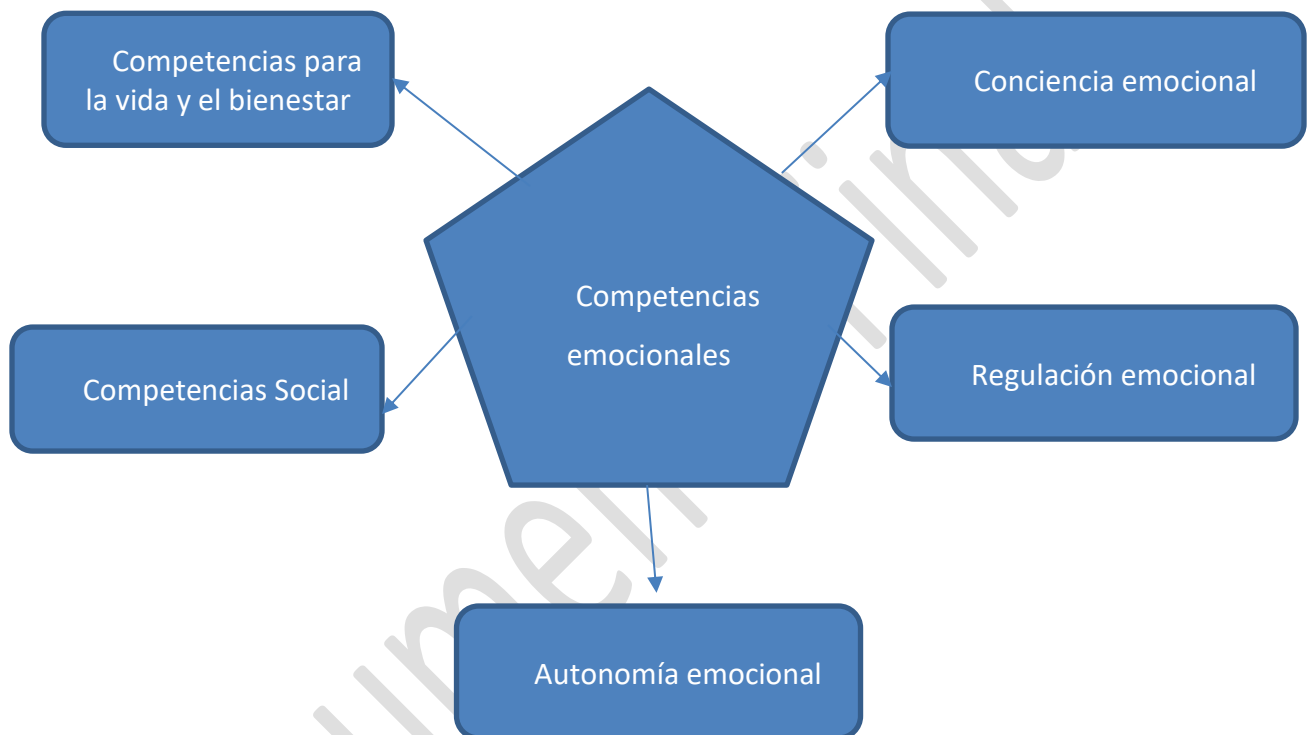
- Es aplicable a las personas (individual o de forma grupalmente).
- Implica unos conocimientos “saberes”, unas habilidades “saber-hacer”, y unas actitudes y conductas “saber estar” y “saber ser” integrados entre sí.
- Incluye las capacidades informales y de procedimiento además de las formales.
- Es indisoluble de la noción de desarrollo y de aprendizaje permanente unido a la experiencia.
- Constituye un capital o potencial de actuación vinculado a la capacidad de movilizarse o ponerse en acción.
- Se inscribe en un contexto determinado que posee unos referentes de eficacia y que cuestiona su transferibilidad.

En el concepto de inteligencia emocional, se suele dividir en cinco los dominios para su gestión, la autoconciencia emocional, el manejo de las emociones, la automotivación, la empatía y las habilidades sociales. Otros autores proponen solo cuatro dominios, el de la conciencia de uno mismo, la autogestión, la conciencia social y la gestión de las relaciones (Bisquerra Alzina & Escoda, 2007).

Las competencias emocionales son un aspecto importante de los vínculos afectivos y responsables; su dominio, potencia una mejor adaptación al contexto; y favorece un afrontamiento a las circunstancias de la vida con mayores probabilidades de éxito. Entre los aspectos favorecidos por las competencias emocionales se destacan el aprendizaje, el adecuado intercambio las relaciones interpersonales, la resolución de problemas, el mantenimiento de un puesto de trabajo, etc.

Las competencias emocionales pueden agruparse en cinco bloques: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, inteligencia interpersonal y habilidades de vida y bienestar.

Figura 3 – El pentágono de las competencias emocionales



Fuente: (Bisquerra Alzina & Escoda, 2007, pág. 70)

Conciencia emocional

Bisquerra nos dice que es la capacidad en que tomamos conciencia de las propias emociones y de las emociones de otros, incluyendo la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado. (Bisquerra Alzina & Escoda, 2007)

Nos permite tomar conciencia de nuestras emociones y así definir precisamente los sentimientos y emociones propias; identificarlos y etiquetarlos. Además, nos da la posibilidad de experimentar emociones múltiples y de reconocer nuestra incapacidad de tomar conciencia de los sentimientos propios.

Regulación emocional

Se define como la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas, etc.

Autonomía emocional

La autonomía emocional puede entenderse como un concepto amplio que incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal, entre las que se encuentran la autoestima, la actitud positiva ante la vida, la responsabilidad, capacidad para analizar críticamente las normas sociales, la capacidad para buscar ayuda y recursos, así como la autoeficacia emocional.

Competencia social

Se entiende como competencia social a la capacidad de establecer y mantener buenas relaciones con las personas. Esto es, dominar las habilidades sociales, una capacidad para la comunicación efectiva, respeto, actitudes pro-sociales, asertividad, etc.

Entre las habilidades que se espera de esta competencia es saber escuchar, saludar, despedirse, dar las gracias, pedir un favor, manifestar agradecimiento, pedir disculpas, mantener una actitud dialogante, etc. La intención de aceptar y apreciar las diferencias

individuales y grupales y valorar los derechos de todas las personas. Practicar la comunicación receptiva, que es la capacidad para atender a los demás tanto en la comunicación verbal como no verbal para recibir los mensajes con precisión.

Como asertividad se entiende el mantener un comportamiento equilibrado, entre la agresividad y la pasividad. Esto implica la capacidad para defender y expresar los propios derechos, opiniones y sentimientos; decir “no” claramente y mantenerlo; hacer frente a la presión de grupo y evitar situaciones en las cuales uno puede verse coaccionado; demorar el actuar o tomar decisiones en estas circunstancias de presión hasta sentirse adecuadamente preparado, etc.

Al desarrollar esta competencia, disponemos de la capacidad de prevenir y solucionar conflictos al identificarlos, anticiparnos o afrontarlos resolutivamente. Cuando inevitablemente se producen los conflictos, afrontarlos de forma positiva, aportando soluciones informadas y constructivas. La capacidad de negociación es un aspecto importante, que contempla una resolución pacífica, considerando la perspectiva y los sentimientos de los demás.

Competencias para la vida y el bienestar

Es la capacidad para adoptar comportamientos adecuados y responsables para enfrentar de manera satisfactoriamente los desafíos cotidianos de la vida, ya sean privados, profesionales o sociales.

La negociación

Zimmermann plantean que “los conflictos son procesos de negociación que pasan de manera inesperada del dialogo a la discusión, pudiendo llegar hasta la disputa emocional. La cólera, la impotencia, el desprecio, la humillación y el odio avivan los conflictos”. Las partes involucradas en un conflicto, se convierten en adversarios implacables, enredados en una lucha despiadada con el deseo de aniquilar al rival, sin medir ni los daños ni las consecuencias se puedan producir. (Zimmermann, 2000, pág. 151)

La negociación es uno de los enfoques a los que se recurre para la toma de decisiones y tratar conflictos. La negociación se da en todo tipo de ámbito, entre esposos, padres e hijos, gerentes y personal, patrones y empleados, profesionales y clientes. Asimismo, las negociaciones tienen lugar dentro de las organizaciones como entre estas, y obviamente entre instituciones y el público. La negociación es un proceso de resolución de conflictos en el cual dos o más personas discuten voluntariamente sus diferencias e intentan alcanzar una decisión conjunta sobre lo que les afecta a ambos (Moore, Negociación y Mediación, 1994, pág. 32).

Para Altschul (Altschul, 2015) negociar es el proceso a través del cual, ante un proyecto particular, se detectan las tensiones propias de un conflicto, se investigan oportunidades, se amplían los propios recursos, se resuelven diferencias personales y situaciones objetivas concretas, y se obtienen beneficios, imposibles de lograr por sí solo.

La negociación surge cuando dos o más partes interdependientes, reconocen divergencias en sus intereses y deciden intentar llegar un acuerdo mediante la comunicación, en aras de evitar el conflicto. Las partes cuentan con sus propios recursos, pero necesitan algunos recursos de la otra parte, estando abiertos al intercambio de los mismos. Además,

ambas partes reconocen que el acuerdo es más beneficioso que la divergencia y están dispuestos a ceder algo a cambio de algo.

La negociación exige de los participantes que identifiquen los temas sobre los que discrepan, que se informen recíprocamente acerca de sus necesidades e intereses, que elaboren opciones de posible acuerdo y que entren en tratos sobre las condiciones del acuerdo final. Una negociación lograda da generalmente como resultado, algún tipo de intercambio o promesa que se hacen mutuamente los negociadores. El intercambio puede ser tangible en bienes, dinero, etc., o un compromiso sobre plazos o comportamiento especial. También puede ser en intangibles como un acuerdo sobre un cambio de actitud, una expectativa o solicitar disculpas (Moore, Negociación y Mediación, 1994, págs. 25-26).

En síntesis, la negociación es el procedimiento principal a través del cual la gente redefine una vieja relación que no funciona a su satisfacción o establece una nueva, donde previamente no existía ninguna. Es, por lo expresado precedentemente, que vemos a la negociación como un proceso útil de prevención, mitigación y resolución de conflictos disfuncionales, que puedan plantearse al incorporar las MTC al ámbito de las APS.

A continuación, se presentan algunos modelos básicos de negociación, entre los que se encuentra el Método de Harvard, sobre el cual tenemos un especial interés en nuestro trabajo.

La teoría de juegos

Se atribuye la creación de esta Teoría al matemático John Von Neumann, quien posteriormente la amplió y desarrolló junto al economista Oskar Morgenstern y en el año 1944 en que publicaron el libro *Theory of Games and Economic Behavior*. A partir de esta publicación se hace conocida su teoría a nivel mundial abriendo insospechadamente un amplio campo de estudio que se convirtió en una especialidad con aplicaciones en distintos campos (Amer, Carreras, & Magaña, 2010, pág. 10).

Von Neumann y Morgenstern imaginaban la teoría de juegos como un almacén de modelos de comportamientos para la economía. En su libro dicen textualmente “el objetivo de la obra es probar que los problemas típicos del comportamiento económico son, después de una esquematización adecuada, estrictamente idénticos a las nociones matemáticas de los juegos de estrategia” (Amer, Carreras, & Magaña, 2010, pág. 15).

En el año 1920, surgirían algunos aportes bases para la teoría, de los matemáticos Borel y Neumann, al estudiar los equilibrios de tipo MINIMAX (mínimo-máximo) en los juegos de suma cero, es decir, en las dinámicas en que una de las partes gana lo que la otra pierde. El concepto de MINIMAX, se refiere a una estrategia en que cada parte evalúa, por un lado, el mínimo posible que puede ganar. Y por otro, el máximo que puede perder la contraparte para así elegir la mejor opción entre todas las posibilidades. Esto lo pueden hacer en secreto y por separado cada una de las partes.

El MINIMAX sería una estrategia de equilibrio aplicable a juegos en donde lo que una parte pierde la otra gana, es un valor fijo que se reparte, no hay aumento ni disminución de valor. Algunos autores sostienen que esta Teoría de Juegos estudia situaciones de conflictos y cooperación denominada juegos. En estos juegos interactúan individuos racionales, que analizan comportamientos y resultados esperables, ya sea a partir de decisiones

individuales (caso de los juegos no cooperativos), o a través de acuerdos entre los participantes (caso de los juegos cooperativos) (Cerde , Jimeno , & Perez, 2004, pág. 9).

En los años 50 hubo un desarrollo importantísimo de estas ideas en la Universidad de Princeton, los autores más destacados fueron Harold Kuhn (1953) quien definió el concepto de la información en los juegos y Lloyd Shapley (1953) que permitió establecer una forma de atacar en los juegos cooperativos, esos en los que los jugadores pueden establecer contratos. Otros autores importantes que aportaron a la Teoría de Juegos fueron Duncan Luce y Howard Raiffa (1957), juntos difundieron resultados de estas ideas en su libro *Games and Decisions* (Cerde , Jimeno , & Perez, 2004, pág. 25).

Luego de Neumann y Morgensten, el máximo representante que aportó a la teoría, fue John Nash quien en 1950 definió el concepto de equilibrio Nash consiguiendo extender la teoría a los juegos no-cooperativos, que son mucho más generales que los de suma cero en los que había trabajado Von Neumann. La demostración de que todo juego no-cooperativo tenía al menos un punto de equilibrio fue la tesis de John Nash.

La teoría de Juegos despertó gran interés a diversas áreas, llegando incluso a ser de mucha importancia para el Departamento de Defensa de los EE.UU., ya que ellos financiaron las investigaciones en el tema debido a que la mayor parte de las aplicaciones de los juegos de tipo suma cero se concentraban en estrategias militares.

En 1967, el húngaro John Harsanyi extendió la teoría a juegos de información incompleta, es decir, aquellos en que los jugadores no conocen todas las características del juego como, por ejemplo, desconocen lo que obtienen el resto de jugadores de recom-

pensa. Y en el año 1975 el alemán Reinhard Selten definió el concepto de equilibrio perfecto en el sub juego para juegos de información completa y dio una generalización para el caso de juegos de información imperfecta.

A comienzos del siglo XX, se siguió ampliando y/o actualizando la teoría, los economistas estadounidenses Thomas Schelling y Robert Aumann estudiaron ejemplos fáciles que pueden ayudar a tomar una decisión política o económica adecuada, prevenir guerras comerciales, de precios y al tratamiento de conflictos de todo tipo y que son de nuestro interés, hasta llegar a los de tipo bélicos, así como averiguar por qué va a ser más o menos eficiente un determinado trabajo en equipo.

Hoy en día se resumen e integran los aportes realizados por los diversos autores en los siguientes tipos de juegos:

- Estáticos con información completa.
- Estáticos con información incompleta.
- Dinámicos con información completa.
- Dinámicos con información incompleta.

Como puede observarse, nuestro caso de estudio se encuentra caracterizado en la última tipología y se pretenderá elaborar un modelo de negociación, que aporte y aproxime a equilibrios, en una permanente dinámica de cambios, como es el caso de los sistemas de salud.

Condicionantes personales en el proceso de negociación

Sin duda, los hechos y las circunstancias, el poder relativo, las limitaciones de tiempo afectan las opciones y los resultados de las negociaciones. No obstante, dado que el proceso de negociación se establece a través de un proceso de interacción humana, esta se ve afectada por quiénes somos y con quién interactuamos.

La personalidad y el temperamento, los valores y creencias, la percepción, las actitudes, el estilo de aprendizaje, la motivación, la forma de pensar, el estilo de comunicación, el enfoque al conflicto, los temores, y mucho más, determinarán como actuamos en un proceso de negociación.

Somos seres moldeados por nuestras experiencias. A menudo, adoptamos inconscientemente atributos significativos de otras personas en nuestra vida. Cada uno de nosotros posee una combinación única de atributos que sirven como la base de nuestro poder personal. No siempre estamos conscientes de estos atributos y características o de los otros factores inherentes a la negociación (Budjac Corvette, 2011, págs. 12-15).

Estos componentes incluyen la personalidad, el enfoque, el estilo, el temperamento, las percepciones, los intereses, los objetivos, las necesidades, los valores y las fuerzas de todas las partes involucradas. Algunos otros componentes agregan los asuntos fundamentales, la naturaleza del conflicto y las alternativas para todas las partes involucradas. Los componentes también incluyen las habilidades de persuasión de todas las partes involucradas.

Un requisito fundamental para tener éxito en la negociación depende de la comprensión y uso adecuado del tipo de personalidad de los involucrados y estilo de interacción únicos, una adecuada percepción y comprensión de los tipos de personalidad y estilos de

interacción de los demás. Por estas características que concierne a nosotros mismos es un prerrequisito para conocer a otros; es también la antesala para explotar nuestro poder personal y maximizar nuestra efectividad en cualquier proceso de interacción humana (Budjac Corvette, 2011, págs. 11-25)

Estilos de negociación

El estilo en la negociación, es el término empleado para describir el enfoque hacia una negociación en particular. Ese estilo es afectado por el enfoque general, así como por ciertas características de la personalidad de los involucrados.

En referencia a los estilos de negociación, podemos mencionar que a grandes rasgos algunos autores reconocen 4 tipos: 1) el evasivo, 2) el competitivo, 3) el adaptativo y 4) el colaborativo (Budjac Corvette, 2011, págs. 11-25). A estos estilos, debe sumarse la personalidad de los actores, y como se acercan y aplican uno o varios de ellos, adaptándolos a sus preferencias.

La evasión que es identificada como un objetivo o estrategia potencial en el manejo del conflicto, es un estilo de negociación. La evasión es retirarse o retractarse; es “no engancharse”. Puede ignorar la existencia de un conflicto por completo. Sin embargo, la evasión puede ser total o parcial. Es decir, uno puede intentar negociar, pero sin dirigirse al motivo del conflicto en busca de una resolución.

Una deficiencia importante de la evasión es que provoca la pérdida de oportunidades y beneficios. Si no hay compromiso no hay resolución. Por medio de la evasión, se evita obtener lo que se desea. Este enfoque no toma en cuenta la búsqueda de un fin común y del intercambio mutuo benéfico.

El comportamiento que ejemplifica el estilo evasivo incluye hacer rabietas, hacer comentarios sarcásticos, esconder sus verdaderos sentimientos o abstenerse de hablar sobre un asunto. Una persona que presenta una personalidad propensa al conflicto, es propensa a establecer un estilo evasivo en el proceso de negociación.

El estilo negociador competitivo o también llamado contencioso, representa un enfoque de ganar/perder. Junto con este estilo viene la dificultad para abstenerse de las necesidades de involucrarse en cualquier oportunidad de conflicto. Debajo del enfoque competitivo está la perspectiva de que los recursos son limitados, una perspectiva de suma cero. El estilo competitivo puede mostrarse desde el nivel contencioso o discutiendo a extremadamente agresivo. Un déficit fundamental del enfoque competitivo es que una de las partes pierde. Es más, concentrarse en ganar o en tener la razón contribuye a perder información y posibilidades que, de hecho, serían benéficas para sí mismo.

Una personalidad competitiva es propensa a realizar comentarios sin interesarle los el otro, siempre réplica, se rehusarse retractarse, discute ante personas no involucradas, menosprecia a los otros, acusa y utiliza tácticas represivas; no tiene consideración por los intereses u objetivos del otro, y la manipula. Este estilo es egocéntrico.

Si este estilo continúa lo suficiente, se pueden dar otros comportamientos como las trampas y hasta la violencia. Una actitud negativa hacia el conflicto por lo general tiende hacia un estilo evasivo o bien hacia uno competitivo, o ambos.

Otras características de la personalidad del estilo competitivo, se manifiesta por una elevada necesidad de poder personal y una alta necesidad de logro. Otro indicador que debe considerar es su evaluación de estabilidad emocional. Quienes tienen un nivel bajo de estabilidad emocional son más propensos, por lo general, a perder los estribos y el

control. Una pérdida de control y un alto nivel de ansiedad puede hacer surgir la tendencia a adoptar un enfoque ganar/perder.

El estilo negociador adaptativo o que cede, es dar parte de lo que uno desea ante la petición del otro. Es un enfoque moderado que se centra en cubrir las necesidades de otros sin renunciar por completo a las necesidades propias. Puede relacionarse con la evasión; es decir, dar sin considerar otras opciones más creativas, al eludir hacer más negociaciones.

Un Compromiso es ceder. Es claramente diferente a colaborar. No es poco inteligente preparar una postura comprometida, dado que esta postura es mejor que sus alternativas no negociadas.

Dos aspectos de la personalidad relacionados con este estilo son la necesidad de afiliación. Quienes tienen una elevada necesidad de afiliación son más propensos a satisfacer las necesidades de otros. Unas elevadas necesidades de afiliación serían consistentes con el deseo de complacer y la creencia de que uno no podría hacerlo mejor de cualquier forma.

La diferencia entre el compromiso y la negociación cooperativa o colaborativa es que en el primero se cede algo en tanto que en la cooperación se intenta encontrar una forma en la que tanto las otras personas como usted obtengan lo que desean. Este tipo de negociación es consistente con el enfoque ganar/ganar, es ver la posibilidad de una tercera alternativa que beneficie a ambas partes. Es lo opuesto al enfoque de suma cero. Este estilo implica colaborar creativamente para cumplir con los objetivos mutuos y es el que nosotros pretendemos para nuestro modelo.

Para nuestro caso, deberemos intentar disponer de conductas que adscriban a este enfoque. Si la actitud general hacia los conflictos que se presenten es positiva, es posible que se adopte un estilo colaborativo. Además, las preferencias emocionales características de las personalidades negociadoras se deben ajustar a este estilo porque son consistentes en encontrar una solución y considerar las opiniones de otros.

Todo negociador pretende poder contar con una contraparte personalidad útil para desarrollar este estilo. Este incluye una elevada estabilidad emocional y una alta necesidad de logro, siempre que no se combinen con un elevado nivel de competitividad.

La percepción en los procesos de negociación

Las diferencias individuales y culturales pueden afectar al enfoque, al conflicto y a la negociación, así como al estilo negociador. La percepción afecta todos los aspectos presentados hasta ahora. Continuamente percibimos y formulamos juicios de las demás personas y decidimos con base en percepciones.

Cada persona tiene una percepción individual de sí mismo que está influenciada no sólo por las características propias de cada uno, sino también por las percepciones y opiniones que creemos que los demás tienen acerca de nosotros y de cómo nos gustaría ser percibidos. Los individuos tienen preferencias evidentemente opuestas para asimilar información e interactuar con el mundo, las cuales afectan esa percepción. Además, todos estos factores influyen en el comportamiento (Budjac Corvette, 2011, pág. 121).

La percepción puede entenderse como el proceso de selección, organización e interpretación de los estímulos. Al percibir, se crean lo que se llaman estructuras cognitivas, que pueden explicarse como los mapas mentales que dan significado a la existencia e

interacciones. Se percibe al mundo y a todo lo que está en él, objetos inanimados, animales y seres humanos. La percepción influye en las actitudes, creencias, objetivos y decisiones. Cada uno fija objetivos y toma acciones con base en lo que cree que es cierto. La percepción tiene el impacto de la visión del mundo, las expectativas culturales y otras aprendidas, los sesgos y prejuicios, los estilos de aprendizaje y cognitivos, y otras características de la personalidad de cada individuo. Cualquiera o todos estos factores pueden distorsionarla (Budjac Corvette, 2011, pág. 123).

Los individuos forman juicios respecto del comportamiento de otros, e identifican faltas y culpabilidades. Evalúan la validez de lo que otros dicen y hacen. Este proceso es campo fértil para distorsionar información. Quizá el concepto más importante que debemos tomar en cuenta al entender la percepción de una persona es que se tiende a asumir que las estructuras cognitivas de otros son como las propias. Dicha tendencia también puede crear errores en la percepción de los estados emocionales en otros, y con frecuencia proyectamos esas características en los demás. Diferencias individuales que afecten las interacciones o promuevan percepciones erróneas, pueden crear conflicto.

Como mencionamos precedentemente, y dadas las características formativas que aporta el MMH, queda establecido un rechazo fáctico del sistema médico, a la incorporación de las prácticas NOBIO, situación sobre la cual intentaremos intervenir con nuestra propuesta, al considerar elementos legales, institucionales y personales de las partes implicadas.

El poder en la negociación

El poder es el componente más importante en una negociación. Existen factores que surgen en el proceso de negociación que son conocidos como fuentes o tipos de poder.

Es importante no sentirse intimidado por estos factores. Generalmente, la existencia o el grado del poder dependerán de la percepción y esencia de la contraparte.

El objetivo debe ser detectar las fuentes y tipos de poder en ambas partes de la mesa de negociaciones, utilizar sus poderes y reaccionar apropiadamente a los de la contraparte. Con ese fin, primero describiremos los tipos específicos de poder y después la realidad contra la percepción, las formas de utilizarlo y los juegos psicológicos que con frecuencia se dan en una negociación.

Muchos autores han tratado el poder en varios términos, el más citado es el trabajo de French y Raven (1968 en (Budjac Corvette, 2011, pág. 137)) sobre la identificación de los distintos tipos de poder y a continuación brevemente describiremos.

Al referirnos al poder de legitimidad, lo hacemos respecto al que emana de autoridad real, percibida o imaginaria. Su naturaleza es normalmente formal. El poder tiene diferentes formas. Algunos ejemplos de este son las transmisiones de televisión, en particular las noticias y documentales. La letra impresa es otra forma, y a menudo está presente en las negociaciones. Todos estamos condicionados a creer en la veracidad de la palabra escrita y otras publicaciones formales. En general, la gente tiende a no cuestionar la palabra escrita. Para nuestro caso obviamente queda más que justificado por el MMH.

La posición son una forma de poder de legitimidad que a menudo se conoce como poder por posición. Esta categoría incluye los puestos, títulos profesionales, y los grados de educación. Cuando la contraparte está claramente consciente de que conoce su poder por posición, sería irrespetuoso pretender abiertamente ignorarlo o denigrarlo. La falta de respeto o brusquedad siempre establece un tono negativo, el cual no conduce a un

resultado ganar-ganar. No obstante, en situaciones en las que existe y se conoce el legítimo poder por posición, debe cuidarse de no permitir que el aparente desequilibrio de poder menoscabe sus objetivos y su confianza.

El poder de un experto puede ser una pericia real o aparente sobre la situación específica que se está negociando. Quien posee poder por su experiencia tiene la ventaja. Es casi imposible evitar seguir la información y el apoyo de los expertos. Además, compartir cualquier información generalmente crea un lazo entre las dos partes. Asimismo, en una negociación guardar cierta cantidad de información puede intimidar a la otra parte.

El poder por retribución también puede ser real o imaginario. El poder por retribución tiene varios niveles. Se puede relacionar con las emociones o con cosas tangibles. La autoridad de darle un ascenso a alguien es otro ejemplo del poder por retribución. Como la negociación se trata de cubrir las necesidades de ambas partes, el poder por retribución está implícito en cada negociación. Las personas no negocian a menos que estén convencidas de que la otra parte tiene la habilidad para ayudarles o dañarles. Las personas no deberían negociar, a menos que haya un potencial para una ganancia mutua. Por lo tanto, es importante manejar este poder.

El denominado poder coercitivo es el poder de hacerle algo desagradable o indeseable a otra persona. Se usa en el estilo competitivo de negociación. Puede ser el poder para castigar o avergonzar. Si el castigo o vergüenza al que podría estar sometido es inaceptable, no debe negociarse con la persona que lo tiene. En cambio, si la repercusión es algo dentro de los límites tolerables y quiere tomar ese riesgo, entonces debe planearse la interacción con la contraparte y se recomienda no hacer caso al poder coercitivo del otro y tratar de neutralizarlo.

La forma más sencilla de entender el poder carismático en el contexto de la negociación es relacionarlo con la simpatía o atractivo. Es el poder carismático el que vende grandes cantidades de mercancía. La gente compra zapatos deportivos de una marca en particular porque subconscientemente se identifican con el famoso atleta que usa esa marca y desean ser como él. El poder carismático es el que ejerce una persona sobre otra que desea ser como esta por considerarlo importante.

El poder por situación se entiende por el hecho de que las situaciones o circunstancias que se enfrentan pueden, en ocasiones, no ser favorables. En esas situaciones en especial debe determinarse, en la etapa de preparación de la negociación, si existe una alternativa aceptable para un acuerdo negociado. En estas posiciones en particular se debe estar preparado para aceptar lo que se fijó como su resultado final o simplemente alejarse.

El poder por identificación es el poder de relacionarse con la otra persona. Es diferente del carismático que se describió anteriormente. Cuando se transmite comprensión, empatía, cooperación y respeto, así como la disposición de crear una solución mutua, se crea el poder por identificación. Este poder es una de las fuerzas primordiales en los procesos de persuasión.

La presión del tiempo por cumplir un plazo que están llegando, puede presentar un enorme poder. Para enfrentarse a dicha presión, es necesario reconocer que se está en desventaja. Una planeación exhaustiva y oportuna, es el mejor antídoto a la presión de tiempo negativa.

El poder por prestigio se conoce en ocasiones como el poder de competencia o necesidades. Un ejemplo de este tipo de poder es, que las personas no le harán un préstamo de dinero a alguien que lo necesita y que no tiene opciones, debido a que lo perciben

como necesitado o desesperado. Otro ejemplo, sería presentar a alguien una idea y decirle que a otras tres personas a quienes les contó les encantaron, es posible que esa persona le escuche con una mente receptiva. Lo opuesto también ocurrirá, si usted le cuenta a alguien que su idea fue rechazada y/o que tal vez no es muy buena, estará devaluándola, incluso antes de presentarla.

Ser tenaz es una herramienta poderosa en una negociación. Una propuesta puede haber sido rechazada en algún momento, no está no debe considerarse muerta. La persistencia no significa repetir permanentemente las mismas palabras; es resistirse a darse por vencido; es buscar alternativas para explicar y sostener la propuesta.

A menudo ignoramos que la paciencia es poder, y puede ser el mayor de todos. Aplica a lo largo de todo el proceso de una negociación. La paciencia permite que su contraparte considere las propuestas y responda las preguntas. La paciencia es muy útil para analizar las opciones y preparar la negociación.

Finalmente, a medida que identifique y analice el poder en una negociación, debe desafiar las percepciones. Algunos poderes serán de verdad reales. Considere si los efectos de los poderes reales sobre usted son positivos o negativos y hasta qué grado. A menudo imaginamos más repercusiones negativas potenciales de las que realmente existen, como se mencionó en la descripción de ciertos poderes en las secciones anteriores. A veces también percibimos un poder que no existe en lo absoluto. Para que la mayoría de los poderes produzcan algún efecto, debemos permitirselo. Los efectos negativos del poder, sobre todo del poder mal percibido, son materia para juegos psicológicos.

Las dos principales categorías de juegos psicológicos interpersonales son la estafa y la manipulación. El resultado deseado de la estafa es tangible, y el de la manipulación, emocional, y puede ser empleado con el fin de obtener una ganancia tangible más adelante.

Los juegos psicológicos utilizados cuando algunos de los negociadores presentan un estilo competitivo de negociación. Los negociadores utilizan comentarios y actitudes poco honestas. El motivo tras este comportamiento es inducir una concesión o crear una ilusión de un poder mayor de existente. Estos juegos ponen al adversario en desventaja, si logran que este crea que está en una posición más débil.

La mejor defensa ante una afirmación falsa hecha para exagerar el poder es no aceptarla sin una evaluación interna crítica previa, y buscar y pedir información que pueda sostener o no la ilusión. Algunos ejemplos de afirmaciones o conductas hechas para inducir una concesión son la adulación falsa y la debilidad o ira fingidas. Debe cuidarse de no actuar por compasión, culpa o temor ante una debilidad o enojo, fingidos o reales.

La ira real es una pérdida de control que por lo general lleva a cometer errores como revelar información antes de tiempo. Al intentar distinguir entre la ira fingida y la real, hay que buscar señales de pérdida de control, así como no verbales que confirmen o contradigan la emoción exhibida. Una respuesta apropiada ante la ira puede ser mostrarse ofendido o avergonzado. También puede ignorarse.

Cuando se presentan estados de ansiedad y frustración reales, en el proceso de negociación, las reacciones pueden ser de ira, agresión, pensamiento distorsionado y distintos mecanismos de defensa. Cuando se pierde el control personal, es posible caer en juegos psicológicos con uno mismo.

Las descripciones realizadas en los párrafos anteriores pretenden aportar elementos que caracterizan al sistema de la APS y a sus integrantes, que por disponer de una distribución territorial extensa y diferente en cuanto a la población que atiende respecto a las dimensiones económica, cultural y social, siendo necesario identificar el tipo de poder con el que cuentan los actores participantes en las negociaciones, al incorporar las prácticas NOBIO, a los servicios de atención. Por cuanto, más adelante nos dedicaremos a identificar, caracterizar y establecer estrategias específicas para los denominados stakeholders o partes interesadas.

Etapas en la negociación

La profusa literatura referida los procesos de negociación, identifica una serie de etapas que deben considerarse para resolver situaciones conflictivas, por cuanto a continuación las describiremos, en aras de considerarlas necesarias para la solución a nuestro problema.

Una negociación se lleva adelante a través de tácticas alternativas que se agrupan en distintas etapas. Un proceso de negociación identifica cinco etapas o fases: 1) la preparación, 2) la introducción, 3) la iniciación, 4) la intensificación y 5) el cierre. Para este tema vamos a seguir los desarrollos de Budjac Corvette (Budjac Corvette, 2011, pág. 205) y la publicación de la Unión de Trabajadores de España (Unión General de Trabajadores, 2001, págs. 23-32).

La Preparación

Prepararse es una necesidad vital e imprescindible se quiere llegar a una negociación satisfactoria. Un negociador mal preparado no será capaz de prevenir los movimientos de los oponentes. Tan sólo podrá reaccionar ante las situaciones que se les presenten, pero

nunca podrán dirigirlos. Pero si el plan está bien elaborado se podrá contar con este apoyo cuando estés negociando.

Es la razón por la que este momento resulta tan importante y decisivo en las negociaciones. Dentro de esta primera fase distinguiremos varios pasos:

Describir el problema: Define lo que ha sucedido y quién está involucrado. Antes de la negociación es necesario tener convenientemente identificado la naturaleza y el tipo de problema.

Recoger información: La información es una gran fuente de recursos, y por tanto uno de los factores que contribuyen a situar al negociador en una posición favorable. Para obtener la máxima información de la parte contraria, es conveniente que nos hagamos las siguientes preguntas:

- ¿Qué puede pretender la parte contraria en esta negociación?
- ¿Quiénes son y a quién pueden representar?
- ¿Qué forma tienen de negociar?
- ¿Cuáles pueden ser sus límites máximos o mínimos?

La acumulación de información debe servir para adaptar la oferta de negociación a los intereses de la otra parte, preparar la estrategia argumental y prever con suficiente antelación las posibles objeciones.

Otro elemento a tener en cuenta es la determinación de los objetivos. Servirá como criterio de evaluación del acuerdo firmado, es decir, indicarán el éxito o fracaso que se consiga. Además, será el factor principal para elegir una estrategia conveniente. En función de esos objetivos, se pueden establecer distintas posiciones para una negociación:

- 1) La posición más favorable. Es decir, la relación completa de objetivos, todo aquello que a una parte le gustaría conseguir sin hacer concesión alguna.
- 2) La posición intermedia viable. Se trata de los objetivos que es posible conseguir. Es la posición realista.
- 3) El límite o punto de ruptura, más allá del cual no se puede aceptar ningún acuerdo. Superado este límite, se entiende que el acuerdo acarreará más inconvenientes que ventajas.

Si se unen esos tres puntos, se puede definir el campo propio de negociación. La otra parte también tendrá su campo negociador y cuando ambas se superpongan delimitarán el campo de discusión o campo de intercambio. Si no hubiese esta superposición, es decir, si no hubiese campo de discusión el acuerdo no sería posible, a no ser que una de las partes reconsiderase sus límites.

Una vez que el equipo negociador tiene toda la información posible sobre el conflicto y se han elaborado los objetivos en orden de prioridades, llega el momento de diseñar la estrategia que se va a seguir, y luego establecer el método.

En caso que la negociación sea compleja, es conveniente que cada una de las partes esté representada por un grupo de personas. Por tanto, es necesario determinar las funciones que tendrán personas dentro del equipo de negociación. Por ejemplo, se puede optar por tres: portavoz, síntesis y observación.

El portavoz es la persona que se encarga de llevar el trato directo, el cara a cara de la negociación. Es una labor muy absorbente, por lo cual es importante que en ningún momento pierda la vista de los objetivos planteados. Aquí es donde entra en juego el sintetizador.

El sintetizador tiene por tarea específica resumir la información disponible y los avances en la negociación, para lo cual ha de tener visión de conjunto y, además, estratégica. Formula preguntas, aclara algún aspecto, resume generalidades y en ocasiones conduce la negociación, para ayudar a la persona que lleva el trato más directo.

Por último, el observador es quien debe escuchar y registrar, captar sutilezas y matices, “leyendo” en el ambiente de la negociación. Puede ser conveniente que no se implique activamente en la negociación misma, para que dé un testimonio más completo y objetivo.

El equipo negociador tiene que mostrarse ante la otra parte como un frente unido, en el que no haya desacuerdos y diferencias. Es conveniente preparar el conjunto de la negociación y, sobre todo, los primeros pasos. Se elaboran criterios de acción y posiciones concretas, en muchos casos cuando condicionadas a iniciativas o reacciones de la otra parte.

Una buena preparación produce en los negociadores varios beneficios importantes: 1) dará confianza, ya que tendrá muy claros los objetivos que quiere conseguir y de qué forma hacerlo, 2) permitirá pensar con precisión, puesto que conocerá las líneas de su plan estratégico, lo cual le permite concentrarse en escuchar activamente a la contraparte, 3) podrá hablar de forma positiva, adaptándose a la forma y estilo de negociar del otro, intentando comprender sus puntos de vista, 4) optimizará el tiempo de la negociación: al haber preparado la estrategia, tácticas y argumentos, consiguiendo de esta forma no divagar e ir directamente al centro de la cuestión.

Presentación e inicio de la negociación

Los primeros momentos en la negociación se tiene que delimitar las cuestiones de procedimiento: presentación de las partes, presidencia en su caso, el orden en el uso de la palabra, el orden del día, y en su caso, la creación de comisiones. Una vez acordados los aspectos formales, se inicia la negociación de contenidos.

En estos primeros momentos de la negociación se tratará de: 1) Conocer la realidad tal como la percibe la otra parte (debemos conocer cuáles son sus planteamientos, su punto de arranque, 2) dar a conocer la realidad tal y como la percibimos nosotros, 3) definir inicialmente los compromisos o las posibles soluciones que pueden servir para un futuro acuerdo.

La información que se vaya a proporcionar a la contraparte, debe mostrarse progresivamente. No es conveniente que la otra parte conozca toda la información que se dispone desde el primer momento. Lo mejor es que se vaya dosificándola durante todo el proceso.

El inicio de la negociación suele ser cuando se siente más la existencia de un conflicto entre las partes, y cuando existe una mayor desconfianza. Es necesario afirmarse en el objetivo de conseguir un acuerdo en beneficio de todos, y adoptar ciertos criterios de actuación: 1) procurar que se cumplan los turnos de intervención, sin interrupciones, 2) evitar la discusión destructiva y demagógica, centrando el eje en los verdaderos objetivos que se buscan conseguir, 3) mantener la calma, respetando a las partes que intervienen en el diálogo.

Las propuestas y el intercambio

En la negociación, se suelen ir modificando las posturas iniciales, y renovando las propuestas y contrapropuestas, en una aproximación entre las partes. En la recepción de las propuestas, existen algunas reglas importantes: 1) escuchar hasta el final y luego hacer

las preguntas que permitan conocer los puntos que no tengas claros, 2) analizar cada propuesta minuciosamente, si fuera necesario solicitar tiempo para estudiarlas y contestar cuando se esté preparado, 3) cuando surgen dificultades de comunicación, es conveniente resumir la posición de la otra parte antes de responder, distinguiendo entre los elementos sobre los que nunca se pueden negociar y los que sí.

Una vez que se han realizado los movimientos de aproximación, se preparan propuestas más elaboradas, cuya finalidad es ir avanzando hacia un posible acuerdo. Este nuevo paquete de propuestas debe incluir puntos que puedan ser modificados o intercambiados con la otra parte. Antes de hacer una concesión, es conveniente tener en cuenta tres cosas:

- 1) Qué valor tiene nuestra concesión para la otra parte.
- 2) Cuánto nos va a costar.
- 3) Qué queremos a cambio.

Se debe estar preparado para recibir y dar propuestas. En ciertas ocasiones, conviene ir consiguiendo acuerdos parciales, “separando” los temas más discutidos y para que sean abordados más tarde. Otras veces, conviene emplear la estrategia contraria: abordar los temas más difíciles, y dejar para más adelante los fáciles.

El cierre y el acuerdo

Es el momento culminante de la negociación, y requiere un cuidado especial, ya que pueden surgir tensiones que se hayan ido acumulando a lo largo del proceso. Es la etapa final, donde se concretan y explicitan los compromisos que asume cada parte. Las partes revisarán cómo se redactaron los resultados del intercambio y verificarán que los acuerdos sean expresados en los términos comprometidos.

Se precisan los responsables de cumplir cada acuerdo, las fechas que corresponde, así como las instancias u órganos que aceptan las partes, como los árbitros, para dirimir cuestiones que puedan presentarse en el proceso de ejecución de los acuerdos.

En el documento final deben aparecer las acciones y actividades que permitan verificar, con determinada sistematicidad, el cumplimiento de los acuerdos. En muchas ocasiones, este seguimiento posibilita encontrar nuevas oportunidades de negociación entre las partes.

El método de Harvard

Este método fue presentado en el año 1980, por los profesores Roger Fisher y William Ury, a partir de la selección de diversas metodologías de negociación utilizadas por otros especialistas. El método Harvard es considerado uno de los más eficaces y la mejor alternativa en lo que se refiere en la negociación cooperativa (Ramirez, 2014).

El método de negociación de Harvard en la actualidad, es utilizado por organizaciones incluso en la vida cotidiana del ser humano, para la resolución de conflictos tanto personales como de negocios, las cuales son orientadas al fortalecimiento de la estructura de la empresa.

Los logros, el éxito o el fracaso dependen de cómo se maneja la comunicación, de los argumentos que se esgrimen y de los efectos que se producen. Como sugiere Nava, “para efectiva resolución de conflictos generados por los colaboradores de una organización, se debe acudir a un intermediario que oriente de manera efectiva a las partes afectadas hacia un convenio” (Nava , 2012).

Este método es considerado por Fisher y Ury como un proceso que guía a la resolución de diferentes tipos de conflictos mediante la negociación, lo cual se agrupan en dos secciones: blando y duro; el método blando se encarga de evadir conflictos, y su propósito es llegar a una solución satisfactoria para ambas partes; por lo tanto, el método duro dirige a los involucrados a un duelo de sus intereses donde no le importa si la otra parte se perjudica (Cursieri, 2016).

Fisher publicó varios libros relacionados con negociación, uno de los más exitosos fue *Sí...de acuerdo: cómo negociar sin ceder* escrito junto a Bruce Patton y William Ury en el año 1981. El primer capítulo de este libro se llama “No negocie con base en las posiciones” y el texto continúa,

sea que la negociación se refiera a un contrato, a un desacuerdo familiar, o a un tratado de paz entre naciones, lo común es que las personas negocien con base en las posiciones. Cada lado asume una posición, argumenta en su favor, y hace concesiones para llegar a un compromiso. El ejemplo clásico de este paso de negociación es el regateo que ocurre entre el cliente y el dueño de un almacén (Fisher, Patton, & Ury, 1981, pág. 3).

En el comienzo de su libro plantea uno de los ejes principales de su método, negociar en base a principios, como un modelo opuesto al de negociar en base a posiciones; estos dos tipos se relacionan con la negociación integrativa y distributiva respectivamente, y/o con el modelo ganar-ganar versus el modelo ganar-perder. Fisher sostiene que no se debe tomar posición en una negociación, sino que hay que buscar intereses en común.

Cuando se negocia en base a posiciones, los negociadores tienden a encerrarse dentro de ellas. El negociador intenta aclarar su posición y más la defiende, así su compromiso con ella aumenta. Mientras más trate de convencer a la contraparte de la imposibilidad de modificar esta posición inicial, más difícil será hacerlo. Su ego se identifica tanto con su posición, que sea improbable un acuerdo sensato entre las partes (Fisher, Patton, & Ury, 1981, pág. 5).

Fisher sostiene que se hace difícil un acuerdo desde las posiciones, puesto que toda la atención está en las posturas que adoptan y no en satisfacer los intereses o preocupaciones que tienen en común las partes involucradas. Esto puede retrasar un acuerdo que podría haberse cerrado mucho antes y con mejores resultados, por otro lado, la relación puede verse perjudicada ya que el escenario de este tipo de negociación es tenso, competitivo, de enfrentamiento de voluntades y los resultados obtenidos pueden no ser del todo satisfactorios o incluso no llegar a un acuerdo. Además, puede crear resentimientos porque se dejan de lado los intereses propios a fin de sostener una posición.

Por ejemplo, un matrimonio con hijos que quieren llegar a un acuerdo respecto de donde pasar la navidad, la mujer desea pasarla junto a sus padres y familia, pero, por otro lado, el marido quiere ir con ella y sus hijos a la playa, solos, a ver los fuegos artificiales. En una negociación en base a posiciones la esposa, por un lado, se mantiene rígida o dura en su posición de ir donde sus padres con sus hijos sean como sea, aunque le parezca al otro o no, y trata de convencer al marido de que así sea. El marido por su parte no quiere, y luego de un “enfrentamiento”, discusiones, tira y afloja, cede y acepta ir donde sus suegros, guardando resentimiento, dado que va en contra de sus reales intereses, en este caso el marido adopto una posición más blanda a fin de mantener la relación con su esposa.

En la negociación basada en posiciones, como se mencionó párrafos arriba, se definen dos formas de negociar: suave y dura. En la suave la persona es amistosa, pone la importancia en construir y mantener la relación, esto suele darse en negociaciones entre amigos, familiares o conocidos. Se puede llegar a un acuerdo rápido, siempre que la otra parte adopte la misma posición, aunque los resultados sean más bien generosos que exitosos.

Pero esta posición puede hacerle vulnerable ante la otra parte si esta otra adopta la posición dura, que sería la que presiona, amenaza y exige. En este juego tiende a ganar el jugador duro dado que exige y el jugador suave cede queriendo mostrarse amistoso y no perjudicar la relación, como se explicó en el ejemplo anterior.

Si la negociación se da entre jugadores duros, entonces tomará tiempo llegar a un acuerdo, y este puede no ser del todo satisfactorio o incluso en este caso puede que no se llegue a un acuerdo y/o que la relación se deteriore por el enfrentamiento de posiciones duras.

Fisher, Patton y Ury, sugieren que no se debe utilizar ni la posición dura ni la suave si quiere mejorar como negociador, sino que hay que cambiar de juego, es decir, desde la posición ganar/perder a la de ganar/ganar. Esto se logra con la negociación basada en principios o en base a méritos, como la denominaron en el libro. Un modelo que se basa en los siguientes cuatro principios:

1. Personas: separe las personas del problema.
2. Los intereses: concéntrese en los intereses, no en las posiciones.
3. Opciones: genere una variedad de posibilidades antes de decidirse a actuar.
4. Criterios: insista en que el resultado se base en algún criterio objetivo.

En su libro *Sí...de acuerdo* (1981), elaboran la siguiente tabla resumen para explicar su modelo de negociación basado en principios, más tarde conocido como modelo basado en intereses:

Tabla 4 - Modelos de Negociación

PROBLEMA La negociación basada en Posiciones ¿Qué juego debe jugar?		SOLUCIÓN Cambie el juego Negocie según méritos
Suave	Duro	Basado en Principios
Los participantes son amigos	Los participantes son adversarios	Los participantes están solucionando un problema
El objetivo es lograr un acuerdo	El objetivo es la victoria	El objetivo es lograr un resultado sensato en forma eficiente y amistosa
Haga concesiones para cultivar la relación	Exija concesiones como condición para la relación	Separe a las personas del problema
Sea suave con las personas y con el problema	Sea duro con el problema y con las personas	Sea suave con las personas y duro con el problema
Confíe en los otros	Desconfíe de los otros	Proceda independientemente de la confianza
Cambie su posición fácilmente	Mantenga su posición	Concéntrese en los intereses no en las posiciones
Haga ofertas	Amenace	Explore los intereses

Fuente: (Fisher, Patton, & Ury, 1981, pág. 19)

Los autores sostienen que en las negociaciones se trata con personas y que estas tienen y responden a emociones, valores profundos, diferentes puntos de vistas, se enojan, se deprimen, sufren temores, son hostiles, se frustran, se ofenden y tienen egos que se sienten amenazados. Cada persona observa el mundo desde un punto de vista personal y eso puede crear malentendidos a la hora de expresar sus interpretaciones provocando diversas reacciones defensivas.

Por esta razón hay que prestar atención a las emociones que surgen para que éstas no hagan perder de vista el problema, los intereses y el resultado que se quiere lograr y que como dimensión específica intentaremos en este trabajo, incorporar al modelo.

Años después del lanzamiento de su exitoso libro, publican una “segunda parte” denominada *Sí...de acuerdo en la práctica: guía paso a paso para cerrar con éxito cualquier negociación*, de Roger Fisher y Danny Ertel (Fisher & Ertel, Si, de acuerdo en la práctica, 1998), a modo de respuesta a las preguntas que les hacían sus alumnos y público interesado respecto a las inseguridades en la preparación, proceso y cierre de una negociación.

Los autores explican en esta guía que cuando una posición se convierte en un fin es cuando se cometen errores, se deteriora la relación y se hace difícil lograr acuerdos satisfactorios, puesto que se pierden de vista los intereses que realmente motivan,

“Todos los negociadores tienen intereses. Son las necesidades, deseos y temores lo que dirige nuestras negociaciones. Los intereses son distintos de las posiciones (...) Una posición es, sencillamente, una forma de satisfacer intereses. Una posición es un medio en lugar de un fin” (Fisher & Ertel, 1998, pág. 29).

Los principales puntos que se plantean en esta guía respecto a la preparación son: las alternativas u opciones que se tienen en cuanto a acciones y resultados; Legitimidad de lo que se está planteando y de los procesos; y la comunicación efectiva: saber escuchar y hablar.

Sostienen que hay que analizar estos puntos en la preparación y no apresurarse. Para esto redefinen los 7 principales elementos de una negociación, sustrayendo los elementos de los cuatro principios planteados en el primer libro y agregando tres más.

Los 7 elementos de la negociación basada en Principios (o intereses),

1. La Comunicación: es el punto de partida, no hay negociación sin comunicación.
2. Los Intereses: son el corazón de este Modelo, se refieren a todos los asuntos que preocupan realmente a las partes en una negociación, sus verdaderas motivaciones, necesidades, inquietudes y deseos.
3. Opciones: la gama de posibilidades que las partes ponen o podrían poner sobre la mesa para llegar a un acuerdo. Aquí se da énfasis a la creatividad del negociador para crear y captar estas posibilidades.
4. La Legitimidad: Apostando por la argumentación y la persuasión en lugar de la coerción y el engaño. Un acuerdo es mejor cuando cada parte lo considera justo.
5. Alternativas: son las posibilidades para retirarse, de que dispone cada parte si no se llega a un acuerdo. A esto le llamaron "MAAN" (Mejor Alternativa a un Acuerdo Negociado).
6. El Compromiso: es el punto final de la negociación, lo que las partes acuerdan por escrito o verbalmente, especifican lo que una parte hará o no hará. Un acuerdo será mejor en la medida en que las promesas hayan tenido: planeamiento, estructuración y diseñadas para que sean prácticas, duraderas, de fácil comprensión, y verificables.
7. La Relación: Con este elemento se subrayaba que un acuerdo nunca podrá ser bueno si con él se deteriora la relación entre los negociadores. Dentro de los elementos que incluye una relación, uno crucial es la capacidad para resolver bien las diferencias. Una dimensión de la calidad de un resultado negociado es la calidad de la relación de trabajo resultante.

Capítulo 3

ANTECEDENTES

Modelos Médicos

Evolución de las concepciones y prácticas en salud

El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la OMS en la primera mitad de siglo XX entendía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”¹, lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social (Suaréz, 2001).

Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es “la capacidad (...) para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales” (Mariano, Ramos, & Fernández, 2001).

Conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, su cultura.

¹ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Desde el comienzo de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de maneras diversas por mantener su salud, reconociendo desde esos tiempos a personas con capacidades para restablecerla.

Con el objetivo de analizar las distintas vertientes, partiendo desde la Edad Antigua hasta la actualidad, realizaremos una breve descripción histórica de las etapas dominantes de la evolución de la medicina. Para ello, tomaremos como puntos de referencia a cuatro grandes ciclos o periodos en los que la Historia divide la historia de la Humanidad².

Edad Antigua

En esta etapa se destacan en el mundo Occidental, los desarrollos de las medicinas griega y romana. Sus desarrollos se nutrieron de antiguos conocimientos preexistentes, como los de las medicinas persas y chinas.

Conformaron un cuerpo cognitivo teórico y práctico que atravesó toda la Edad Media (desde el año 476 d.C., al 1453). Este cuerpo teórico – práctico se entroncó con elementos que provenían de las medicinas islámica y talmúdica que se difundieron en el continente europeo a través de la dominación árabe de los territorios próximos al mediterráneo. Pese a ello, en esta etapa las explicaciones de griegos y romanos relativas a los procesos de la salud – enfermedad eran de carácter mágico – religioso. En relación al tema, se destacan tres deidades: Asclepio, Higia y Panacea. En la Grecia antigua, los encargados de

² El abordaje de la descripción histórica de los primeros cuatro periodos (Edad Antigua hasta Edad Moderna inclusive), se realizó a partir del libro *Historia de la Medicina*, de Lain Entralgo – 1978

atender las cuestiones relativas a la salud eran los askpepiad, sujetos a la adoración religiosa de la deidad de los griegos Asclepio (Esculapio para los romanos), dios de la medicina, responsable de restablecer la salud, según los diferentes mitos es padre, hijo o amante de Higia, diosa de la salud. Para los seguidores de Esculapio, la vida humana sufría de imperfecciones, enfermedades, y el papel de los hombres era reestablecerla.

Para los seguidores de Higia en cambio, la salud era el estado natural de las cosas, consecuencia del gobierno juicioso de la propia vida. Higea representa la unión de la salud, del estar bien, de la cotidianidad plena, con la higiene, las prácticas, los valores y conocimientos que contribuyen a estar bien. Panacea, hermana de Higia, es la deidad complementaria a esta, siendo la diosa del tratamiento y la curación a través de yerbas medicinales.

Hacia el Siglo V, con Hipócrates comienzan a tener lugar los primeros estudios por comprender las causas naturales de la enfermedad y la incidencia del medio sobre la salud. Se desarrolla aquí también, la "teoría de los humores". Hipócrates consideró que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo, como resultado de cambios en su sustrato material, y no una expresión de la voluntad o de un espíritu maligno. Estableció que cada enfermedad tiene su causa natural, y que sin esa causa natural nada puede tener lugar. Creó la doctrina de la influencia del medio externo en la producción de la enfermedad, y reconocía, además, la importancia de diversas características personales.

Platón en cambio consideraba que la salud y la enfermedad se encontraban determinadas por un principio no material, el alma divina o "pneuma", y que los procesos patológicos se producen por las modificaciones de la misma en los organismos y su influencia sobre los órganos. La causa de la enfermedad consiste en un castigo enviado por el cielo,

y sobre ella no tiene ningún efecto los medicamentos, sino lo tienen los ritos, los himnos y la música.

También en la Edad Antigua, pero en Oriente, se destacan desarrollos a considerar: en la India, en los siglos III y IV a.C., desde la medicina ayurvédica se señalaban como causales de enfermedades, ya no solo al enfado de los dioses, sino también a los cambios en el clima, cuestiones relativas a la dieta y a las reglas de higiene y factores materiales relacionados con el ambiente del hombre y su modo de vida. Como puede observarse, todos estos elementos mantienen su vigencia hasta la actualidad.

Edad Media

En esta etapa la influencia de la religión traerá como consecuencia que los conocimientos desarrollados en la Edad Antigua, en Occidente, sean considerablemente desplazados por explicaciones sobrenaturales de la enfermedad. El saber de la época se encontraba bajo la dominación de la Iglesia Católica y la enseñanza escolástica, lo que hizo prevalecer la interpretación mística de las causas de las enfermedades como asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios.

En tanto en el mundo árabe, que conoció en esos tiempos una gran efervescencia económica y cultural, se practicaba liberalmente la disección de cadáveres, la observación y los experimentos. Los árabes sustentaron enfoques materialistas para la explicación de la salud y la enfermedad, señalando que de acuerdo con el equilibrio o el desequilibrio de seis principios se mantenía la salud o se producía la enfermedad.

Los principios señalados por los árabes eran: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales.

Avicena, una de las figuras de la medicina en el mundo árabe, llegó a plantear (téngase presente que aún no se habían desarrollado instrumentos ópticos como el microscopio) que en el agua y en la atmósfera existían organismos minúsculos que producían enfermedades y que éstas debían explicarse según la estructura y conformación de cada individuo, su fuerza y sus facultades, los factores del medio ambiente y el esfuerzo de la naturaleza por restaurar y conservar sus funciones vitales.

Edad Moderna

Tras la caída de Constantinopla, se producen importantes transformaciones culturales y económicas en Europa. Como consecuencia de dichos cambios, que incluyen el declive de la Inquisición, comienzan a abandonarse las explicaciones religiosas en relación a los procesos del enfermar, y las mismas empiezan a buscarse en el campo de la realidad concreta.

La llegada de la modernidad implicó un importante proceso cultural y científico que conocemos como “Renacimiento”, y permitió una revalorización de antiguos conocimientos de la Humanidad, entre ellos, las enseñanzas legadas por Hipócrates y Avicena.

Instrumentos ópticos como el microscopio favorecieron la observación de los microorganismos y el surgimiento de la microbiología.

Los hallazgos basados en la microbiología contribuyeron a la afirmación de una interpretación materialista, pero unicausal, de la enfermedad, y también a robustecer un pensamiento biólogo que en la actualidad conserva peso. En este sentido, el modo de aproximarse a tema de la salud tuvo un importante cambio cualitativo: los desarrollos se orien-

taron solo hacia la enfermedad, y las concepciones higienistas grecorromanas (y sus esfuerzos hacia el establecimiento de una especie de sistema de protección de salud), fueron rechazadas.

En el periodo que se extiende desde el último cuarto del siglo XV hasta la finalización del siglo XVII, es el tiempo donde se consolida el pensamiento médico científico, organizando los temas asociados a la enfermedad y su vínculo con la clínica. Institucionalmente, para estos tiempos surge el hospital. Si bien el hospital existía en Europa desde la Edad Media, ese hospital (el de la Edad Media), no era, bajo ningún concepto, un establecimiento para la curación, tampoco había sido concebido para tal efecto.

Con anterioridad al siglo XVIII, el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión. el pobre como tal necesitaba asistencia, y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de ellas, *era peligroso*.

El personaje ideal del hospital no era la del enfermo que hay que curar, sino la del pobre que ya estaba moribundo: se trata de una persona a la que hay que dar los últimos auxilios, y los últimos sacramentos: esa era la función esencial del hospital.

Por su parte el personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo, sino a conseguir su propia salvación: era un personal caritativo, religioso o laico, que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que garantizaran la salvación eterna: por consiguiente, el hospital servía para salvar el alma del pobre al momento de la muerte, y también la del personal que lo atendía.

Las características distintivas de un hospital hasta principios del siglo XVIII, pueden definirse como un ámbito donde confluían los enfermos, los locos, las prostitutas, en el cual está ausente la función médica y simplemente es un instrumento de exclusión, asistencia y deseos morales de la sociedad de su tiempo para que ocurriera una transformación espiritual.

En referencia a que práctica médica se realizaba, ninguno de los elementos que la integraban constituía lo que se entiende como medicina hospitalaria. Hasta el siglo XVIII, el rol del médico era profundamente individualista, y para su formación no era necesaria la experiencia hospitalaria.

El factor principal de la transformación no fue la búsqueda de una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad, sino simplemente la anulación de los efectos negativos del hospital: no se trató primero de medicalizar el hospital, sino de purificarlo de los efectos nocivos, del desorden que ocasionaba. En este caso, se entiende por desorden las enfermedades que esa institución podía suscitar en las personas internadas y propagar en la ciudad en el que estaba situado, así como el desorden económico y social del que era foco perpetuo.

El punto de partida de la reforma hospitalaria no fue el hospital civil, sino el hospital marítimo, lo cual obedeció a que éste último era un lugar de desorden económico: a través de él se traficaban mercancías, objetos preciosos, materias raras, especies, que provenían de las colonias: el traficante fingía estar enfermo, y al desembarcar lo llevaban al hospital donde escondía los objetos y eludía así el control económico de la aduana. Así, varios hospitales de Inglaterra y Francia eran lugares contra el que protestaban las autoridades fiscales.

De esta manera, el primer reglamento que aparece en el hospital refiere a la inspección de cofres de marineros, médicos y boticarios que se encontraban en los hospitales: este primer reglamento, es de naturaleza económica.

La conversión de los hospitales en un modelo caracterizado, responde a la influencia del mercantilismo, a partir de que las reglamentaciones económicas se hicieron estrictas, y también porque en esa época, la formación del hombre, su capacidad y aptitudes empiezan a tener un precio para la sociedad.

Edad Contemporánea

Entre los años 1600 y 1700 comienzan a desarrollarse en algunos países de Europa (Italia, Alemania y Austria), una concepción de las prácticas en salud que ubican al ser humano en su contexto social y que responsabilizan al estado por la salud de la población, dando origen a lo que se dio en llamar “sistema de policía médica”. (Vergara Quintero, 2007)

Ramazzini, médico italiano, comienza a estudiar las relaciones entre la enfermedad y las condiciones de trabajo. Así también se realizan estudios referidos a las relaciones entre la condición socio – económica de la población, y la salud. Estos desarrollos científicos – técnicos se verán consolidados e incrementados por otros médicos en el siglo XIX. En tal sentido comienza a hablarse de “medicina social”, como una nueva forma de concebir y actuar frente a los problemas de salud.

Hacia el año 1830 se asiste al surgimiento en los países del norte de Europa, particularmente en Inglaterra, de la Salud Pública: tras la migración masiva del campo a la ciudad, producto de la revolución industrial, la clase trabajadora se encontraba viviendo en la

extrema pobreza y en condiciones de hacinamiento. Bajo dichas condiciones, las enfermedades del hacinamiento como la tuberculosis, neumonía, sarampión, viruela y cólera, se multiplicaban rápidamente. Las reivindicaciones de los trabajadores por un lado y/o la necesidad de preservar la mano de obra por otro, da lugar al comienzo gradual de un movimiento de Salud Pública que estará orientado básicamente a la mejora de las condiciones de vivienda e higiene, y al aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros (Vergara Quintero, 2007).

Hacia mediados del siglo XIX, surge la epidemiología como método científico de análisis de las epidemias, y a finales del mismo siglo termina de consolidarse el movimiento de Salud Pública iniciado en Inglaterra.

En el año 1851 tiene lugar la primera Conferencia Sanitaria Internacional, primer antecedente de la OMS. En el siglo XIX hubo otras expresiones provenientes no sólo de médicos, sino también de economistas, filósofos y políticos, que llamaron la atención en el sentido de que la presentación de las enfermedades podía tener relación con las condiciones materiales de vida y trabajo, y, por ende, con el contexto socio – político. Pero, para finales del siglo XIX estos conceptos estaban desnaturalizados debido al auge de la unicausalidad y el biologismo (Lain Entralgo, 1978, pág. 396).

En el siglo XX el vínculo entre la medicina y la biología se hizo mucho más estrecho, aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la enfermedad, y fueron expuestos una variedad de procesos íntimos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano, sano o enfermo.

Fueron encontrados también, nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos. En paralelo surge una tendencia racionalista que se va imponiendo,

hacia una comprensión multicausal de la salud – enfermedad: no se trata de causas que aritméticamente se adicionan, sino de causas que interactúan entre sí, mostrando una correlación positiva donde no puede obviarse la variable temporal. Esta nueva concepción se orienta hacia la perspectiva ecológica (Vergara Quintero, 2007).

La Concepción actual del concepto Salud – Enfermedad

En los años noventa, se inicia el estudio de la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general. Los individuos se expresan respecto a la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con la sociedad. Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad (Viveros, 1993).

Se puede mostrar que la representación no es solamente un esfuerzo por formular un saber más o menos coherente, sino también una interpretación y una búsqueda de sentido. Igualmente, la tradición antropológica muestra la existencia, en toda sociedad, de un discurso sobre la enfermedad indisociable del conjunto de construcciones mentales, expresión y vía de acceso privilegiada al conjunto de concepciones, valores y relaciones de sentido de esta sociedad (Viveros, 1993).

Ahora bien, pese a los continuos cambios en la concepción de la salud y la enfermedad, en la práctica, parece seguir predominando, con cierto grado de generalidad, el modelo BIO.

Este modelo, sin embargo, ha entrado en crisis, a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad exclusivamente técnico-instrumental. En todo caso, sigue predominando un concepto perteneciente a la racionalidad científica que concede mayor relevancia a los factores biológicos y que se interesa más por la enfermedad y la rehabilitación. Esta racionalidad asume que, tanto la salud como la enfermedad intervienen en la realidad objetiva del cuerpo, mientras se da la espalda a las mediaciones culturales y sociales que acompañan al sufrimiento humano (Vergara Quintero, 2007).

El concepto general de “valor” se ha especificado en una multitud de conceptos de existencia. Pero, a pesar de la aparente desaparición del juicio del valor en esos conceptos empíricos, el médico sigue hablando de enfermedades, porque la actividad médica por el interrogatorio clínico y por su terapéutica está relacionada con el enfermo y con sus juicios de valor.

Durante los últimos tres siglos, los estudios biológicos y de la medicina se han circunscrito a la comprensión de la fisiología y la patología del cuerpo propiamente dicho. La mente quedaba fuera, separada como objeto de la preocupación de la religión y la filosofía. El resultado de todo esto ha sido una amputación del concepto de humanidad con el que la medicina realiza su trabajo. La medicina ha sido lenta en darse cuenta de que la manera en cómo la persona se siente acerca de su condición médica, es el factor principal en el resultado del tratamiento (Damasio , 2016, págs. 291-292).

Este olvido de la mente en la biología y la medicina occidentales, de base cartesiana, ha tenido dos consecuencias negativas principales. La primera está en el ámbito de la ciencia, que postergó el estudio de la mente en términos biológicos y su impacto en la salud de los pacientes. La segunda consecuencia negativa tiene que ver con el diagnóstico y el tratamiento efectivos de las enfermedades humanas. Y como dice Damasio,

Es reconocido que los grandes médicos de la historia, versados en los fundamentos fisiopatológicos de su época, también conocían por propia intuición y sabiduría, el corazón humano en conflicto. Pero nos engañaríamos pensando que la norma en la práctica médica en el mundo occidental es la de estos grandes profesionales (Damasio , 2016, pág. 293).

En el libro *El Error de Descartes* Antonio Damasio (Damasio , 2016, pág. 294) reflexiona respecto a las debilidades de la tradición médica occidental,

Si, como creo, el éxito actual de la medicina alternativa es un síntoma de la insatisfacción pública por la capacidad de la medicina tradicional a la hora de considerar a los seres humanos como un todo, entonces es probable que dicha insatisfacción aumente en los próximos años, a medida que la crisis espiritual de la sociedad occidental se haga más profunda. No es probable que vayan a disminuir pronto la proclamación de sentimientos heridos, la súplica desesperada para que se corrijan el dolor y el sufrimiento de los seres humanos, el clamor incipiente de la pérdida de un sentido de equilibrio interior y de felicidad que nunca acabaron de conseguirse y a los que la mayoría de los seres humanos aspiran. Sería estúpido pedir que la medicina por sí sola, curara a una cultura enferma, pero es igualmente estúpido ignorar este aspecto de la enfermedad humana.

Lo anterior y la magnitud de los problemas actuales en salud, han conducido al intento de comprender el problema de la salud y la enfermedad desde otros referentes. Se podría pensar en una perspectiva post –biológica que dé cabida a categorías centrales de la vida y sus relaciones con la sociedad, y que posibiliten un horizonte más integral de la salud humana. Esto sin dudas generará conflictos al pretender integrar a los sistemas de salud las MTC, como recomienda la OMS, no obstante, es una oportunidad para ensayar modelos de gestión de las situaciones conflictivas que se presenten en este proceso.

El sistema de salud en Argentina

El sistema de salud en Argentina es un sistema complejo, donde la misma conformación política institucional del país –federal- genera una división en diferentes jurisdicciones y gobiernos (nacional, provincial y municipal). Este deslinde de competencias entre la Nación y las provincias tiene fundamento en la Constitución Nacional Argentina, lo que se ha traducido en la práctica en superposiciones y desarticulaciones de leyes, resoluciones, programas no necesariamente coordinados entre sí. Sin embargo, la organización federal no ha impedido a otros países como Brasil y Canadá, organizar su sistema de salud de manera integrada.

En Argentina podemos distinguir, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, tres subsectores que coexisten de manera desarticulada y fragmentada: 1) el subsector público, 2) el subsector de la seguridad social y 3) el subsector privado. Tenemos subsectores que no están integrados entre sí, pero que además hacia el interior de cada subsector también se repite esta desintegración y desarticulación que profundizan inequidades y asimetrías.

Estamos en presencia de un sistema de salud segmentado y fragmentado. La segmentación implica: la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud que dependerán de la inserción laboral (o no), nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social, mientras que la fragmentación implica: la coexistencia de varias unidades no integradas dentro de la red sanitaria asistencial (Echegoyemberry & Castiglia, 2017).

El Sector Público financia y provee servicios de salud a partir de 24 instituciones descentralizadas, que son los Ministerios de Salud de las provincias, y el Ministerio de Salud a nivel nacional, y en algunas provincias, como la de Buenos Aires, también se encuentra

descentralizada a nivel municipal. La mayor parte de la capacidad instalada se encuentra bajo la órbita provincial. Los presupuestos provinciales del sector sostienen principalmente a los hospitales, mientras que el estado nacional financia organismos descentralizados y programas verticales.

Además de la disparidad provincial, deben considerarse la diversidad de la provisión pública y las dificultades para conformar sistemas coordinados. Los centros de atención primaria tienen dependencia municipal, en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Corrientes, con los niveles de autonomía municipal muy elevados (Arce, 2013. p. 12).

Tal como está configurado el sistema público de salud, existen roles definidos para el gobierno nacional y provincial. Mientras que el gobierno nacional tiene la función de planificación general, además de regular y coordinar al sistema, asignar recursos nacionales, etc., las provincias tienen bajo su responsabilidad de la planificación local, la asignación de recursos, la implementación de programas (prevención y asistencia) y obviamente las tareas de mantener los establecimientos (hospitales).

El sistema público de salud es de acceso gratuito y universal, brindando cobertura a toda la población más allá que tenga algún otro tipo de cobertura adicional. La población sin obra social u otro plan de salud, a nivel nacional representan el 36%. En cuanto a la población con cobertura de la Seguridad Social, en su conjunto (Obras Sociales Nacionales y Provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (más conocido como PAMI)), representa el 46% de la población. A su vez, el 11% de la población cuenta con cobertura de medicina prepaga financiada a través del re direccionamiento de sus aportes desde alguna obra social nacional, mientras un 5% cuenta con este tipo de cobertura de modo exclusivamente voluntario y directo. Los beneficiarios de

programas y planes nacionales de salud (Programa SUMAR (dirigido a niños y niñas, adolescentes, embarazadas y mujeres hasta los 64 años, sin obra social, para mejorar y profundizar su atención en los establecimientos públicos de salud), el Programa Federal para la discapacidad, Incluir Salud), representan solo el 2% (OPS/OMS, Indicadores básicos Argentina., 2015).

Documento Final

Sistema hospitalario en la Provincia de Buenos Aires

El acceso a las prestaciones de la salud pública depende de la capacidad de producción de bienes y servicios de los gobiernos provinciales y municipales, de la estructura física, del equipamiento disponible, de la dotación de sus recursos humanos especializados y de la capacidad de gestión.

El nivel municipal, a través de su Secretaría de Salud se encarga del primer nivel de atención, que se realiza en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dispersos en los barrios de los municipios. Allí se ponen en práctica programas de atención y prevención de la salud; algunos se coordinan directamente desde Nación y el resto desde el Ministerio de Salud provincial. El programa Plan Remediar, por ejemplo, de distribución gratuita de medicamentos, que es coordinado directamente desde el Ministerio de Salud de la Nación, distribuye botiquines directamente a los CAPS de todo el país.

El segundo nivel de atención (hospitales), que tiene que ver con servicios de internación, implica el desarrollo de acciones más complejas y recursos tecnológicos más sofisticados. La presencia de importantes economías de escala, justifican su provisión por fuera del ámbito municipal, ya que su aprovechamiento implica que tales actividades cubran más de un municipio.

Respecto a la oferta de recursos físicos de la provincia de Buenos Aires, pese al alto porcentaje de hospitales públicos con internación dependientes de los gobiernos municipales (79%), siendo menores en tamaño y en complejidad que sus pares provinciales, solo cuentan con el 50% de las camas disponibles (Ministerio de Salud de la Provincia, 2012). Los hospitales provinciales cuyas características de magnitud son mayores, les permite

disponer de infraestructura adecuada para realizar prácticas médicas de mayor complejidad, a través de equipamiento y tecnologías que justifican en mayor escala la producción hospitalaria versus las ofrecen los centros de atención municipales.

Atención Primaria de la Salud

La atención primaria de la salud (APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (OMS, 1978 - pp. 1-3) expresa lo siguiente:

... Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad...

En la actualidad las estrategias de las APS se reconocen como un eslabón fundamental de un sistema de salud, luego de diversas experiencias en países desarrollados y subdesarrollados, donde se demostró que estrategia las APS es adaptable a diversos contextos ya sean políticos, sociales, culturales y económicos. Sin embargo, después de 25 años desde su creación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sugiere revisar la estrategia de APS, con la intención de adecuarla a las necesidades contemporáneas en materia de salud y desarrollo poblacional (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017, p. 15).

Las razones que justificaron la adopción de una estrategia renovada para la APS, consistieron en los nuevos desafíos demográficos, sociales, epidemiológicos y ambientales,

el desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la efectividad de la atención primaria, además del reconocimiento de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad y reducir las inequidades en salud. Incluso, se considera que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio (ONU, 2015), así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos.

La posición que plantea la OPS considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y que los sistemas de salud basados en la APS son la estrategia más adecuada para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas. El documento de la “Renovación de la Atención Primaria de Salud” explicita como objetivo último obtener resultados sostenibles de salud y bienestar para todos.

La OPS y la Organización Mundial de la Salud consideran que los sistemas integrales de servicios de salud (SISS) son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2007, pp. 1-48).

Los atributos de esta propuesta incluyen postulados valorativos (derecho a la salud y acceso universal), arreglos institucionales (financiamiento adecuado, recursos humanos suficientes y comprometidos con el sistema, acción intersectorial amplia y un sistema de

toma de decisiones participativo), y normas organizacionales y del modelo de atención de la salud.

La orientación de este tipo de sistema se establece un cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, con proveedores a cargo de una población y territorio definidos; con una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, con inclusión de servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos.

Este es el primer nivel de atención que orienta, integra y coordina el cuidado de la salud, con la resolución de la mayoría de las necesidades de salud de la población; provee servicios de especialidad y mecanismos de coordinación asistencial. Asimismo, postula una gestión integrada de sistemas administrativos y apoyo clínico, con un sistema de información integrado, que vincula a todos los miembros del sistema de salud.

En Argentina, el Estado reconoció explícitamente la relevancia de la estrategia de APS para mejorar la eficiencia y equidad del sistema de salud a partir de la implementación en el año 2004 del primer Plan Federal de Salud (Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud. Consejo Federal de Salud, 2004), programa que la consagró como eje central de las políticas del subsector público del sistema de salud.

Esta estrategia se encuentra íntimamente vinculada a los denominados centros de atención primaria de la salud (CAPS), que son las instituciones del subsistema público de menor nivel de complejidad, a través de las cuales se implementan acciones de promoción y prevención de la salud, así como de diagnóstico y rehabilitación de la enfermedad.

En la Provincia de Buenos Aires la estrategia de APS se encuentra regulada a través del Decreto gubernamental 135, del 30 de diciembre de 2003 de la reglamentación de la ley 11.072 de Descentralización Hospitalaria en sus artículos 1º y 3º. (Ley Provincial 11072, 2003).

La provincia se encuentra organizada en 135 municipios, y en cada uno de ellos existen fuertes diferencias en la capacidad de acceder a los servicios de APS. Mientras que en los municipios mejor posicionados la relación de habitantes por CAPS es de 2421, en los relativamente peor situados tal cifra llega a 15.925. Cuando se considerara la población sin cobertura, las diferencias son mayores: 1041 habitantes por CAPS en los municipios mejor posicionados versus 8215 habitantes por CAPS en los peor situados (Lago, Elorza, Nebel Moscoso, & Rapiri, 2013).

Los municipios financian sus servicios de salud mediante: 1) recursos locales provenientes del cobro de tasas y contribuciones especiales, y 2) los fondos transferidos desde la provincia a los municipios, donde los recursos derivados de la denominada Ley de Participación Provincial son los de mayor importancia.

Los efectores pertenecientes a la red pública de APS, cuenta con cuatro especialidades básicas de clínica médica, pediatría, obstetricia y ginecología. En la actualidad los centros de atención primaria atienden la demanda espontánea de la población. La atención pública en general tiene un carácter universal, por lo que cualquier persona tiene derecho a acceder a los servicios disponibles en los centros de APS de dependencia nacional, provincial y municipal.

Por último, a todo lo expresado y en la búsqueda de la cobertura universal de salud, agregamos que no debemos olvidar el reconocimiento y la valoración de la interculturalidad en saberes y prácticas, entre ellas las prácticas de salud locales. La incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales son herramientas para la aceptabilidad y consolidación de un sistema más equitativo y participativo. En esta perspectiva, la interculturalidad es entendida y practicada como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, lingüístico y de género (Curso en Salud Social y Comunitaria. Minsal Argentina., 2017, pág. 76).

Los Agentes Sanitarios en la APS

Los agentes sanitarios (AS) tienen por objetivo fortalecer la estrategia de APS, mediante su participación en intervenciones de promoción y prevención de la salud en todos sus niveles, interactuando en su lugar de trabajo y asegurando el acceso a la salud y el derecho a la misma. Integran equipos de salud ampliamente comprometidos con el trabajo territorial y comunitario (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Ley N° 4.679, 2013).

Los AS participan de la ejecución de proyectos y programas socio-sanitarios-comunitarios y los procesos de comunicación y acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud. Actúan como nexo primordial entre la comunidad y el centro de salud o institución en la que se desempeña, cumpliendo con lo que en APS se llaman rondas sanitarias ya sean cuantitativas o cualitativas, en tiempo y formas determinadas por su superior, dentro del área o jurisdicción geográfica a su cargo. Se espera que el AS desarrolle, entre otras, las siguientes actividades (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Ley N° 4.679, 2013), para lo que fue capacitado oportunamente:

- Habilidades para coordinar actividades en la atención directa del paciente.
- Desempeñarse como agente de cambio en las instituciones de salud y en la comunidad, trabajando interdisciplinariamente en la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Poseer capacidad para establecer relaciones armónicas con el paciente y sus familias, a través de una formación humanística.
- No emitir juicios de valor, ni guiarse por apreciaciones personales.
- No debe naturalizar la problemática por el simple hecho de que en la comunidad se encuentre inserta como un hecho normal.
- No desestimar creencias de la población.
- Ser sensible, pero inflexible. En varias ocasiones deberá sensibilizarse ante una problemática, pero ello no deberá alejarlo del objetivo que pretende, el que estará relacionado con el bienestar de una persona o de una comunidad.

Por último, cabe destacar que es el AS quien debe desempeñarse en el proceso de cambio como mediador de los conflictos que se presenten entre la comunidad y el servicio en el ámbito del CAP.

Programa Médico Obligatorio (P.M.O.)

El Programa Médico Obligatorio (P.M.O. - Res.201/02 Ministerio de Salud) establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las Obras Sociales y Agentes del Seguro a toda la población beneficiaria. Este programa se encuentra vigente desde el 31 de diciembre de 2003 (Decreto 2724/02) (Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

El contexto país en aquel entonces, en plena crisis, estableció una crisis sanitaria poblacional y una emergencia sanitaria. Muchas empresas de salud cerraron luego de la cri-

sis del 2001 y, como consecuencia, muchas personas dejaron de contar con planes médicos. De esta forma, el Ministerio de Salud a través del **Programa Médico Obligatorio** garantizó a toda la población acceso a los servicios básicos que garanticen la conservación de la salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2017). En referencia a la los Servicios de Atención Primaria, en el Anexo I dice respecto a su cobertura:

Atención Primaria de la Salud: Se reafirma el principio de que este Programa Médico Obligatorio está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Por tanto, se sostienen los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas, y por tanto reforzar los programas de prevención. Brindar una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios, y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los demás proveedores de servicios obligándose a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud la recuperación de la misma y la rehabilitación.

Capítulo 4

MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA

Antecedentes y Estrategia Mundial de la OMS (2014-2023)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina alternativa y complementaria (MTC), se definen como el "grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un país o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente". El término de medicina complementaria, a su vez, se refiere a las terapias o los tratamientos que son usadas de manera suplementaria a la medicina alopática (Organización Mundial de la Salud , 2002, pág. 1).

En la actualidad, la medicina alternativa representa una opción importante de respuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes países de América Latina y el Caribe a pesar de su presencia subordinada en los sistemas oficiales de salud y de la situación de ilegalidad que comúnmente guardan. Algunas organizaciones de la sociedad civil (ONG) trabajan apoyando la medicina alternativa a diferentes niveles en varios países de la región (Nigenda, Mora Flores, & Aldama López, 2001).

El documento "Estrategia de la OMS sobre Medicina Alternativa 2002-2005" afirma que en África un 80% de la población acude a servicios de medicina NOBIO; en China, alrededor del 40% de la población los utiliza; en Asia y América Latina se siguen utilizando como componentes de las creencias culturales. En los países desarrollados tienen tasas importantes de consumo de medicinas NOBIO. Por ejemplo, en Canadá un 70% de la población consume este tipo de prácticas, en Australia un 48%, en EE.UU. el 42%, Bélgica el 38% y Francia el 75% de la población, con una tendencia al crecimiento (Organización Mundial de la Salud , 2002, pág. 2). El mismo informe indica que en Europa, países como

Alemania líder en medicina integrativa, Inglaterra, Francia y España entre otras consideran a la MTC en la práctica de la medicina y servicios de Salud. En Estados Unidos se creó desde 1998 el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM - NIH), dependiente de los Institutos Nacionales de Salud.

Para conseguir esta integración entre la MTC y la medicina convencional, el talento humano que como sabemos es el recurso más valioso, desempeña un papel muy importante, es por eso que la actitud y aceptación de los médicos formados en el modelo convencional, deben hacer propio este objetivo, dado que la integración dentro del sistema médico va de la mano con la aceptación por parte de los médicos (Nye, 2003).

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación por resolución 1036/2016, crea el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, que reemplaza el anterior programa y procura: la participación, la formación y la capacitación en interculturalidad y salud indígena; la complementariedad entre las medicinas oficial e indígena; y la implementación a nivel nacional de políticas interculturales de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2016). Asimismo, desde hace años se realizan experiencias de complementación e integración de la MTC con la MCP en nuestro país. Pueden mencionarse los hospitales Argerich, Garrahan, Tornú, Gutiérrez, de Clínicas, Roffo, Rivadavia, Álvarez, Churruca, Piñero, Borda, Ramos Mejía, Evita, Carrillo - Bariloche -, San Martín - La Plata -, Hospital Italiano, y el PAMI, entre otros.

La importancia de la presencia de prácticas NOBIO en la vida cotidiana de la mayoría de los pueblos del mundo, distintas a las del sistema oficial, siempre motivó la preocupación de algunos estudiosos de las ciencias sociales y de la salud (Eyzaguirre Beltroy, 2016, pág. 2).

La OMS, desde hace varias décadas viene intentando influir en la creciente incorporación de las prácticas NOBIO al sistema oficial de salud, dado que este no era capaz de llegar a todos los rincones de los países, ni de solucionar los problemas de salud a pesar de incrementar su cobertura u oferta (Eyzaguirre Beltroy, 2016, pág. 2). Esta incapacidad del sistema médico oficial, fue adjudicada a las denominadas barreras culturales de los pueblos y, por lo tanto, correspondía encontrar las estrategias para franquear dichas barreras.

En 1974 el entonces director de la OMS, Halfdan Mahler, sostuvo que había que utilizar todos los recursos posibles, incluso a los curanderos y comadronas tradicionales, para enfrentar los problemas que acontecen con relación a la salud del hombre como individuo y como ser social. Esta opinión expresaba las dificultades y limitaciones de la medicina occidental en los países denominados subdesarrollados. Estas declaraciones del director de la OMS tuvieron una reacción inmediata por parte de los representantes de la medicina oficial, al decir que solamente los médicos debidamente graduados podían responder a los problemas de salud de la población en todo el mundo (Guerra 1976 en (Eyzaguirre Beltroy, 2016, pág. 3)).

El director de la OMS se estaba refiriendo a los países subdesarrollados, en los que se sugería que, en el nivel de atención primaria, se debía integrar al curandero como auxiliar del médico, y esto colocaba a la medicina oficial en un dilema dado que, por un lado, se demostraban sus limitaciones asistenciales y, por el otro, se llevaba a un primer plano de validez y trascendencia a las otras medicinas y a sus representantes.

Como mencionamos precedentemente, en 1978 se realiza, en la ciudad de Alma Ata (Rusia), la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud sobre Atención Primaria, en la cual se reconoce la importancia de la medicina tradicional y la necesidad de integrarla al sistema oficial de salud en las zonas rurales.

Pero, las políticas de salud siempre enfrentan dificultades al momento de ser implementadas, sobre todo, en contextos culturalmente diversos. Las causas que suelen argumentarse van desde las limitaciones presupuestarias hasta las barreras geográficas y barreras culturales del otro, pero no se profundiza en las barreras culturales de los representantes de la medicina oficial o en las estrategias sobre las cuales descansa la hegemonía del sistema oficial (MMH).

En este contexto, la promoción de la integración de la medicina tradicional al sistema oficial de salud se basa en el supuesto o certeza de que grupos culturalmente distintos que mantienen creencias y prácticas en relación a la salud y a la enfermedad tienen dificultad de acceder a la difusión del sistema oficial y que por la situación de pobreza en la que viven se les impide acceder a tratamientos provenientes de la medicina occidental; por lo tanto, condiciones culturales y económicas se esgrimen como razones para que las poblaciones sigan recurriendo a sus propios agentes de salud (Eyzaguirre Beltroy, 2016, pág. 4).

Breve descripción histórica del conflicto de las prácticas BIO y NOBIO

Los médicos que ejercen medicina convencional, tanto en los servicios hospitalarios como en el primer nivel de atención primaria, descreen de la MTC, pero no adoptan una actitud combativa al respecto. No obstante, no siempre fue así. Hasta finales del siglo XIX no existía más que un tipo de medicina, que todavía no se basaba en principios científicos,

sino en tradiciones populares. La mayoría de los tratamientos eran provenientes de hierbas que las que eran maceradas y aplicadas como apósitos o infusiones. La enseñanza de la medicina carecía de todo rigor (Hospital Clinic Barcelona, 2007, pág. 690).

No es hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando aparece una revolución de la enseñanza de la medicina. Los sistemas médicos que no se integraron a la medicina oficial de la época, fueron marginados y considerados heterodoxos. La separación de la medicina oficial de la tradicional se acentuó durante todo el siglo XX, coincidiendo con la expansión de la medicina científica.

Esta separación es la que provoca la crítica desde la medicina convencional hacia las MTC, argumentando que son engañosas para pacientes y carecen de fundamento científico. Esta actitud de los sistemas oficiales de salud hacia las MTC debido ser atenuada durante los últimos años, en virtud de que comenzó a ser elegida como alternativa por parte de la sociedad, culta e informada (Hospital Clinic Barcelona, 2007, pág. 691).

La Oficina de Evaluación de la Tecnologías del Congreso de los Estados Unidos ha estimado que menos del 30% de los procedimientos utilizados actualmente en medicina convencional ha sido rigurosamente comprobado, en gran medida porque fueron introducidos antes del advenimiento de los estudios clínicos controlados (Hospital Clinic Barcelona, 2007, pág. 691). Es por esta razón que muchos médicos se sienten desautorizados para mantener una actitud reticente ante las MTC cuando toman conciencia de que parte de las decisiones médicas que adoptan cada día tampoco se basan en pruebas científicas, sino simplemente en la tradición médica o alguna opinión de expertos carente de demostración objetiva.

Según nos dice Freidin (Freidin, 2017), los procesos políticos de dominación y marginación intraprofesional resultan de la asimetría de poder de los grupos relevantes en el campo de la salud, y en la estructura social. Asimismo, plantea que pueden identificarse cuales son los mecanismos que sostienen la dominación o hegemonía en los grupos profesionales, reconociendo siete elementos para ello: 1) el poder estatal de regulación (control sobre los tratamientos a través de la matriculación, los sistemas de cobertura médica, y los marcos normativos); 2) el control de la educación médica como proceso de socialización y enculturación en la ideología y métodos terapéuticos dominantes; 3) las oportunidades de carrera o de desempeño profesional exitoso (que incluyen tipos de trabajo e ingresos, el estatus, el acceso a posiciones de poder e influencia en organizaciones profesionales y agencias reguladoras); 4) el acceso a recursos para la investigación, que limitan las posibilidades de innovación en los tratamientos; 5) el poder editorial (criterios para la publicación de artículos, y acceso a patrocinadores); 6) los incentivos en las modalidades de premios y pagos por parte de los laboratorios, por ejemplo, para asistir a Congresos, recomendar productos, etc.; 7) el sistema de creencias e ideas sobre la teorías médicas como científicamente correctas, y apropiadas en términos éticos y/o sociales; y 8) la influencia de los pares en la profesión (Freidin, 2017).

Las MTC constituyen en Argentina una heterodoxia médica que ha sido objeto de formas activas y pasivas de marginación en la profesión. La resistencia hacia las MTC por parte de grupos del establishment médico y un sector importante de la académica expresa complejidades basadas en competencias intraprofesional que se expresan en el campo de batalla que excede el de atención de la salud, y en el que intervienen otros actores y grupos de poder. Los profesionales de las prácticas NOBIO señalan, en particular a grupos de interés como la industria farmacéutica, que buscan junto a la ortodoxia médica, excluir a las MTC de la educación médica y de los servicios de salud (Freidin, 2017).

Con el tiempo, las MTC lograron establecerse como una heterodoxia médica “tolerada” y aceptada informalmente por algunos miembros de la profesión por su eficacia para tratar algunas dolencias especialmente crónicas. La brecha entre las políticas institucionales y las actitudes individuales han habilitado modalidades pragmáticas de convivencia terapéutica entre los médicos de ambos modelos.

Mantenerse en los márgenes del sistema constituye un nicho para el ejercicio liberal de la profesión recuperando la autonomía del trabajo médico. Se plantea la incompatibilidad de las condiciones del ejercicio de la profesión en el sistema oficial que responde a un modelo tecnocrático de atención y las características de la práctica de MTC que es “tiempo intensivo”. La sustentabilidad de este nicho privado de desempeño profesional está dada por la popularidad de la MTC entre sectores medios y altos que pueden costear los tratamientos como gasto de bolsillo, o con capacidad de compra de costosos seguros privados en un mercado de la salud crecientemente privatizado (Belmartino, 2010; 2005 en (Freidin, 2017)).

En este contexto de preferencias de desempeño profesional y ausencia de políticas sanitarias de integración de las MTC, los sectores de menores ingresos quedan excluidos de una terapéutica que en otros países es reconocida como un recurso de salud y cuyo acceso está garantizado por el estado como un derecho ciudadano (Saks, 2015; Baer, 2004 en (Freidin, 2017)), siendo la Estrategia 2014-2023 de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2014), la que sugiere un planteo serio para abordar este problema, para lo cual, en Argentina, distintos sectores interesados se encuentran trabajando (García Larraburu, 2017).

Visiones y modelos médicos

Como hemos explicado en capítulos anteriores, los sistemas médicos BIO han evolucionado. Sin embargo, algunos de ellos marcaron y aun marcan la forma de ver y comprender el proceso salud-enfermedad, al hombre y la manera de practicar la medicina. Una visión “Mecanicista de la Medicina” concibió al cuerpo humano como una máquina y a la enfermedad como la avería de esa maquinaria. La tarea del médico, en este modelo, es reparar la máquina llamada cuerpo y la enfermedad se considera un “ente” al que hay que vencer. Los médicos tratan enfermedades y no enfermos, y la concepción del cuerpo como máquina, transforma al médico en un mero mecánico, que le presta más importancia a los análisis de laboratorio, que a los aspectos emocionales y mentales del paciente.

Por otro lado, las practicas BIO, consideran a las enfermedades como alteraciones de una función “normal” y sin lugar a dudas ha sido y es el sistema de creencias dominante, base conceptual de la medicina moderna. El mismo se fundamenta en un reduccionismo a lo biológico, por el cual cualquier nivel de análisis científico, debe ser llevado a este nivel subyacente y en un esquema causal clásico, donde una enfermedad inicia con una lesión orgánica, la que provocará un defecto funcional del organismo.

Indudablemente en estos modelos los factores psicológicos, emocionales, contextuales, familiares, culturales, sociales, espirituales, creencias y otros más, no son tenidos en cuenta en el proceso salud enfermedad.

La última visión que domina a los modelos médicos comienza a principios de los años '70 y sobre la necesidad de hacer una sistematización de los conocimientos y de efectuar revisiones sistemáticas de los mismos. La cual es bautizado con término “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE) (del Rio Diez, 2018).

En 1992 aparece en un Journal of the American Medical Association (J.A.M.A.) un manifiesto firmado por el Evidence Based Medicine Working Group— donde un grupo de expertos se expresaba que había emergido una nueva visión o modelo aplicable a la práctica médica: **la Medicina Basada en la Evidencia**. La MBE, quita valor a la experiencia clínica no sistemática y al razonamiento fisiopatológico como elementos suficientes para la toma de decisiones clínicas y, en cambio, estimula el análisis de la evidencia proveniente de la investigación clínica (del Rio Diez, 2018).

Mientras el paradigma de la MBE se imponía, muchos integrantes de la comunidad científica, sometida por el paradigma dominante, comenzaron a hablar cada vez más de La Medicina Basada y Centrada en el Paciente. La propia OMS, y desde distintos lugares, se replanteaba la necesidad de un nuevo concepto y definición de salud, y en ese concepto ya no solo aparecían factores como lo social, lo cultural, el contexto o lo psicológico, sino que se valorizó lo emocional, los valores del paciente, el empoderamiento del mismo y el respeto al ser humano inmerso en un mundo que comenzaba a mirarse diferente, de manera más amplia, más integradora, más holística, desde la incertidumbre y desde las distintas dimensiones, pero sin renegar de la medicina alopática o convencional, sino intentando complementarla. (Organización Mundial de la Salud, 2014; Organización Mundial de la Salud , 2002)

La investigación que se realizan en el ámbito de las prácticas BIO, ha tendido a ser escéptica, y a veces despectiva, con respecto a los métodos de diagnósticos y terapéuticos no alopáticos. En referencia a esta discrepancia, la obra Los Fines de la Medicina sostiene que es posible mantener la mente abierta con relación a las prácticas NOBIO y al mismo tiempo tratar de evaluar su eficacia científicamente (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2005, pág. 59). Como mencionáramos en renglones anteriores, en muchos países desarrollados, entre el 30 o 40% de la población recurre a formas alternativas de

medicina. Este hecho, demuestra hasta qué punto se da una falta de fe en la medicina científica establecida; también demuestra que existe un deseo por encontrar tratamientos más satisfactorios que los que ofrecen los modelos de asistencia médica establecidos en el mundo occidental; y nos indica que es preciso prestar atención a qué es exactamente lo que la medicina alternativa ofrece a los pacientes (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2005, pág. 59).

El Avance de las MTC en las instituciones de salud

A partir del año 2012, fueron varias las instituciones que comenzaron a dictar cursos de formación en MTC y prácticas NOBIO. El Hospital Italiano de Buenos Aires inicia en el mes de agosto de 2014 el “III Curso Universitario de Medicinas Complementarias en el Manejo del Paciente con Dolor”, mencionando en la oferta académica, que este curso otorga puntaje para la recertificación del consejo de la Asociación Médica Argentina (Hospital Italiano de Buenos Aires, 2014).

En la misma dirección, para el año 2016, la Universidad Nacional de Rosario, a través de la Facultad de Ciencias Médicas realiza una oferta académica para el dictado de un Curso Superior de Ayurveda que, fue dictado por profesores indios y argentinos entrenados por maestros en el Sur de India, con una carga horaria de 432 horas (Facultad de Ciencias Médicas - UNR, 2016).

Para el mes de agosto de 2018, la Cooperadora de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, se encuentra desarrollando un curso orientado al manejo integral del paciente con Dolor Mediante Medicinas Complementarias y Alternativas (MTC) como curso de los Posgrados en Dolor que dicta el Equipo de Formación e Investigación en Dolor (EFID) en el marco institucional y académico de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR (Cooperadora de la Facultad de Ciencias Médicas UNR, 2018).

La Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral, en abril en 2018 presentaba el curso de extensión: Medicina Germánica, Neuroplasticidad y Terapias Complementarias en Salud.

Indudablemente, lo que presentamos en este capítulo establece un campo fértil para el conflicto. El MMH establecido y dominante, la presión y apropiación de la MBE por el mismo, el enfrentamiento entre nuevas y viejas generaciones profesionales (como hemos visto en la experiencia de campo) y el llamado que hacen las organizaciones internacionales a garantizar un seguro universal de salud incorporando las MTC, por lo menos al primer nivel de atención, nos desafían a movilizar algunas ideas integradas en un modelo de resolución de conflictos para el escenario planteado.

Capítulo 5

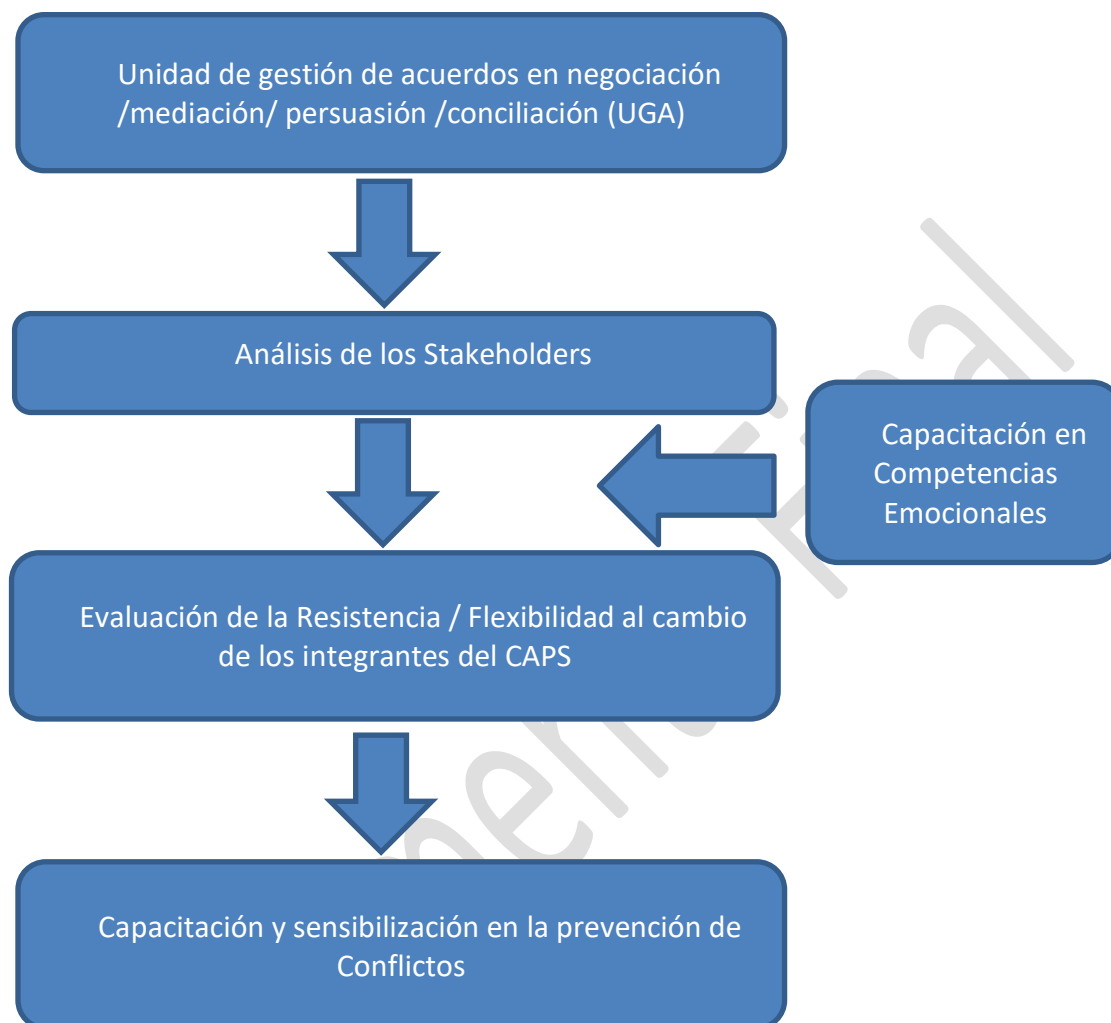
EL MODELO

La integración de tres teorías conforma el modelo propuesto, cuyo objetivo es la gestión de los posibles conflictos que se presenten por la incorporación de la MTC a los CAPS de la Provincia de Buenos Aires. Nos referimos a la teoría de los stakeholders, la teoría de la gestión del cambio y por último la teoría de los conflictos.

Unidad de Gestión de Acuerdos

El modelo inicia la propuesta con la creación de una unidad de gestión de acuerdos (UGA), cuyos integrantes deben proceder a la identificación de los stakeholders, posteriormente con la determinación de la resistencia/flexibilidad al cambio de los integrantes de los CAPS y por último tomar al modelo de Harvard como protocolo de abordaje a las posibles situaciones conflictivas que se presenten. Quienes integran esta unidad, poseen formación de técnicas de identificación de las partes interesadas, medición y evaluación de resistencia a procesos de cambio y entrenamiento en mediación, negociación, persuasión y gestión de los estados emocionales de las partes en pugna. La unidad tiene dependencia del organismo que gestiona y supervisa a los CAPS y articula sus actividades con los agentes sanitarios de cada CAPS en un programa permanente de formación y capacitación. Un esquema de lo expresado se presenta en la figura 4.

Figura 4 – Esquema de Gestión de Conflictos en los CAPS



Fuente: Elaboración propia.

Gestión de los Stakeholders

El análisis de stakeholders parte de la identificación de aquellos individuos o grupos que pueden afectar o ser afectados por la incorporación de las MTC al PMO, así también como cualquier individuo o grupo que pueda ayudar a definir propuestas de valor para el sistema sanitario de las CAPS. Dadas las características particulares del caso de estudio algunos autores

(Prell, Hubacek, & Reed, 2009) nos recomiendan seguir los siguientes pasos para nuestro análisis:

- 1) Definir los aspectos del sistema, problemas o temas en estudio.
- 2) Identificar a los stakeholders que tienen interés en los aspectos del sistema.
- 3) Caracterizar a los stakeholders.
- 4) Establecer prioridades para la participación de los stakeholders en las decisiones sobre aspectos del sistema. Señalando específicamente que, "Uno de los métodos más comunes es evaluar la urgencia, la legitimidad y el poder de los stakeholders potenciales en relación con los temas en cuestión (Mitchell, Agle, & Wood, 1997). ... Tal proceso ha sido criticado por dar prioridad a los stakeholders de alto rango (a menudo más poderosos), lo que lleva a la insuficiente representación de los grupos de menor rango. Un enfoque alternativo es incluir explícitamente a los que están lejos, desinteresados, son débiles, o se consideran "no legítimos".
- 5) Seleccionar a los stakeholders relevantes para los procesos de participación.

Identificación

Una vez elegida la definición que se usará, se procede a indicar todos los stakeholders de la organización, del proyecto o del recurso. Como método, se registra el uso de tablas de identificación de stakeholders, y mapas de stakeholders. Los mapas tienen la ventaja de permitir una percepción directa de la importancia de los stakeholders y la fortaleza de la relación con ellos. Pueden crearse diferentes tablas y mapas de acuerdo a la profundidad del análisis o especificidad del análisis.

La profundidad debiera llegar, al menos, hasta identificar a la persona responsable. Esto no presenta dificultades mayores al interior de la organización, pues es equivalente

al organigrama. Las dificultades aparecen en la sistematización de los stakeholders externos. La identificación de los stakeholders, sus intereses, objetivos, metas y representantes, constituye el primer paso para un trabajo sistemático de la organización con los stakeholders.

A continuación, se realizará una identificación de las Partes interesadas de los CAPS, de acuerdo a un enfoque que desarrollan Narayan y Rietbergn para el análisis de actores, (Rietbergen Mc Cracken & Narayan, 1998 pp. 65-70) resolveremos, para nuestro caso con la aplicación a los siguientes 4 pasos:

Paso 1

Identificar a los actores claves, aquellos que son impactados por el proyecto de manera más contundente y/o quienes pueden tener mayor influencia sobre los resultados esperados. Este primer paso lo realizamos dando respuesta a las siguientes preguntas.

- ¿Quiénes son los potenciales beneficiarios?
 - Los pacientes y sus familias
- ¿Quiénes pueden ser afectados adversamente por el proyecto?
 - No aplica
- ¿Han sido identificados grupos vulnerables?
 - Los grupos vulnerables de la zona de influencia
 - Familias con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)
- ¿Han sido identificados los aliados y oponentes?
 - Asociaciones Barriales
 - Centros de Fomento
 - Universidades y Facultades formadoras de RR.HH. de la salud
- ¿Cuál es la relación que existe entre los actores?

- Relación directa respecto a la prestación sanitaria entre efectores y pacientes
 - Médico, paramédicos, pacientes
 - Personal de atención al público
- Relación de provisión y coordinación con los demás actores y organismos responsables de la política pública sanitaria.
 - Intendente
 - Secretario de gobierno
 - Director de personal
 - Secretario de Salud
 - Secretario de hacienda
 - Dirección de Compras
 - Consejo Deliberante
 - Comisión de Salud
 - Secretaría de Obras Públicas
 - Ministro de Salud de la Provincia
 - Ministro de Salud de la Nación
 - Ministro de Desarrollo Social de la Provincia
 - Ministerio de Obras Públicas
 - Ministro de Desarrollo Social la Nación
 - Sindicato de la Sanidad
 - Agremiación Médica
 - Sindicato de Empleados Municipales

Como resultado de este paso obtuvimos una lista de los actores del proyecto.

Paso 2

Evaluar los intereses de los actores y el impacto del proyecto sobre estos. El determinar los intereses que puedan tener los diferentes actores involucrados en el proyecto puede ser una tarea difícil, sobre todo cuando existen incentivos para mantener ocultas las preferencias y aprovecharse de la provisión de algún bien o servicio. Por esta razón, y al igual que en el paso anterior, los autores, sugieren dar respuesta a un conjunto de interrogantes que servirán para guiar el proceso, estas son:

- ¿Cuáles son las expectativas de los actores de los CAPS?
 - Médicos y paramédicos: mejorar la salud de la población.
 - Pacientes: reestablecer su salud.
 - Administrativos: disponer de un sistema de registro y seguimiento adecuado.
 - Personal de mantenimiento y servicios generales: mantener las instalaciones en condiciones adecuadas para el servicio.
 - Proveedores: vender insumos sanitarios y equipamiento.
 - Mejoramiento de la infraestructura de la región, en cloacas y pavimento; servicios públicos; acceso del transporte público a la región.
 - Ambulancias y transporte de emergencia.
- ¿Qué beneficios podrán ser probablemente recibidos por los actores?
 - Personal del servicio de salud: Estabilidad Laboral; desarrollo profesional y laboral.
 - Políticos del ejecutivo: votos de los electores; reconocimiento de las familias por desarrollar la gestión sanitaria; reducción de las tasas de enfermedades; representación en los organismos de orden superior.
 - Políticos del legislativo: votos por una buena legislación sanitaria; reconocimiento de la gente.

- Proveedores: incrementar la provisión de insumos y mejorar su rentabilidad.
- Familias: mejorar la calidad de vida.
- ¿Qué recursos están en capacidad y disposición de movilizar los actores?
 - Personal sanitario: campañas sanitarias; organización de servicios de mejor calidad; atención sanitaria más eficaz.
 - Poder ejecutivo: presupuesto adecuado (que siempre es insuficiente); campañas de prevención sanitaria; promoción sanitaria.
 - Poder legislativo: normas y resoluciones que mejoren la calidad de la atención sanitaria.
- ¿Qué intereses de los actores están en conflicto con los objetivos del proyecto?
 - Sindicatos por mejores condiciones laborales y salarios.
 - Poder ejecutivo: por mantener el presupuesto ajustado.
 - Las asociaciones barriales por disponer de un centro sanitario con mayores prestaciones y especialidades médicas.
 - Incorporación al diseño curricular primario y secundario temática de educación sanitaria.

Una vez culminado el Paso 2, conoceremos la posición que los actores claves del proyecto tendrán con respecto a este, si serán aliados, oponentes o indiferentes de acuerdo a los beneficios que reciban y a cómo sus intereses sean afectados positiva o negativamente.

Paso 3

Una vez culminada la evaluación de los intereses de los actores y el impacto del proyecto sobre estos, se evalúa la influencia e importancia de cada uno de ellos. Cuando hablamos de influencia nos referimos al poder que pueda tener un actor sobre el proyecto

y para controlar el proceso de toma de decisiones y la importancia en el grado en el que involucra a cada uno de los actores puede ser determinante para alcanzar los objetivos propuestos.

Desarrollar este paso nos permite definir los mecanismos que utilizaremos para evitar la captura del proceso de toma de decisiones por un grupo o actor particular que pretenda orientar el proyecto a la satisfacción de sus intereses particulares o de grupo y en detrimento del resto de los participantes y establecer estrategias de inclusión y participación para aquellos actores que sean claves en la obtención de los resultados esperados.

Los elementos o características de los actores que debemos tomar en cuenta para desarrollar esta evaluación son:

- El poder y estatus de los actores (político, social y económico)
 - Poder ejecutivo es responsable de la política de CAPS
 - Los sindicatos
 - La comunidad local
- Grado de organización
 - Bajo nivel de organización sanitaria
 - Bajo nivel de organización comunitaria
 - Escaso nivel científico en la gestión de las CAPS.
- Control de recursos estratégicos
 - Centralizado desde la Secretaría de Salud Municipal
- Influencia informal (por ejemplo, conexiones personales)
 - A partir de las afinidades políticas
- Relaciones poderosas con otros actores
 - Misma filiación política entre la intendencia y el gobierno provincial y nacional.

- Importancia para el éxito de la gestión de CAPS
 - Entrenamiento, capacitación, mayores recursos e infraestructura sanitaria, adecuación a las políticas internacionales de salud.

Paso 4

En el último paso se establece un plan donde se definen las estrategias que involucran y promueven la participación de las partes interesadas del proyecto. Dicho plan debe contemplar:

- Los intereses, importancia e influencia de cada uno de los actores.
 - Poder ejecutivo: tener controladas las tasas sanitarias.
 - Poder legislativo: presente en la comunidad local.
 - Agremiación Médica y sindicatos en trato cooperativo.
 - Actores y representantes sociales colaboradores de los CAPS.
 - Políticas públicas sanitarias enfocadas al primer nivel de atención.
 - Programa de desarrollo local por parte de la política pública.
- Los esfuerzos particulares necesarios para involucrar a actores con poca influencia, de manera tal que sus intereses estén representados.
 - Vincular a los vecinos como interlocutores entre el servicio y las necesidades locales.
- Formas apropiadas para la participación.
 - Establecer un plan de medios de comunicación para llegar a la mayor población local.
 - Incorporar asistentes sociales que acompañen a los familiares en los procesos de contención sanitaria.

Luego de culminar con el paso 3, podemos establecer una clasificación de actores que podría ayudarnos a desarrollar mejor las estrategias de participación en el proyecto. Siguiendo las recomendaciones de Narayan y Rietbergn proponemos la siguiente:

- Actores con alta influencia y alta importancia:
 - El intendente; Secretario de Salud; Secretario de Hacienda; Secretario de Servicios Generales; Secretario de Desarrollo Social. Ministro de Salud de la Provincia y Nación.
- Actores con alta influencia y baja importancia:
 - Organismos de Salud Internacionales (OMS/OPS)
 - Universidades y Facultades formadoras de RR.HH. de la salud
 - Organizaciones de oposición política.
- Actores con baja influencia y alta importancia:
 - Poder ejecutivo nacional
 - Integrantes del congreso nacional y provincial
- Actores de baja influencia y baja importancia.
 - Las familias habitantes de la sociedad sin vínculos con organizaciones

Análisis

Posteriormente a la identificación de las partes interesadas, se necesita considerar qué intereses de las partes están presentes en el proceso de cambio, en qué medida y de qué manera van a participar. Es necesario proceder a identificar y entender con claridad los diversos intereses y perspectivas de las partes y sus posibles efectos a fin de diseñar procesos de participación y consulta incluyentes. Podría ser útil saber si las partes interesadas apoyan el proyecto de incorporación de las MTC al servicio de CAPS, se oponen a él, son neutrales o están indecisas, de modo que podamos adaptar las colaboraciones a cada grupo.

Legislativo									
Universidades									
Asoc. barriales									

PASO 2: se debe adaptar la lista de partes interesadas a la matriz de análisis anterior, utilizando las listas de categorías para asignar prioridades a las partes interesadas para las actividades de participación en la Matriz de Consulta. Luego se elabora un gráfico donde se representa influencia de las partes interesadas en caso de análisis. El gráfico representa en las abscisas, en que grado afecta la incorporación de las MTC a las CAPS y en ordenadas se contempla la capacidad de influencia de los individuos o grupos. Asimismo, se debe identificar de alguna manera si el individuo o grupo tiene una opinión positiva, neutral o negativa al proyecto.

 Opinión Positiva (+)
  Opinión Neutra (0)
  Opinión Negativa (-)

Tabla 6 - Mapa de las partes interesadas

Capacidad de influencia	Alta		
	Baja		
		Bajo	Alto
		Grado afectación por la incorporar las MTC a las CAPS	

Matriz de Consulta

Esta, nos permitirá establecer un plan integral de consultas y de comunicación con las partes interesadas, y de este modo garantizar que las actividades sean apropiadas para las necesidades específicas de los diferentes grupos de stakeholders. Cabe esperar, que se presenten espacios donde surjan conflictos entre las distintas partes interesadas y dentro de estas, en este caso, deberemos tomar nota, dado que esta será nuestra base de información para la aplicación de nuestro modelo de gestión de conflictos.

Para elaborar la matriz de consulta, procederemos a través de los siguientes pasos:

PASO 1: Verificar que no haya quedado fuera ninguna de las partes interesadas principales mencionadas en los párrafos precedentes. Actualizar su análisis de partes interesadas cada vez que haya cambios en el proyecto o en la comunidad.

Teniendo en cuenta un esquema similar al gráfico anterior, utilizaremos estrategias de consultas de acuerdo a influencia y afectación que cada individuo o grupo detente sobre nuestro proyecto:

PASO 2: Utilizando como guía la matriz de consulta, identificaremos los métodos de consulta apropiados para cada parte interesada o grupo de acuerdo con su nivel de interés e influencia en el proyecto. Aunque las partes interesadas muy influyentes que se oponen al proyecto requerirán una participación detallada, también es importante considerar métodos de consulta apropiados para aquellos que resultan muy afectados, pero no son influyentes, dado que necesitarán una participación o apoyo igualmente importantes, pero distintos.

Los métodos de consulta que apliquemos deben en un continuo y amplio espectro: desde simplemente informar a las partes interesadas de las actividades hasta asociarse con ellas en el diseño de programas o integrarlas al proceso de toma de decisiones del proyecto para acciones que afectan a las comunidades. Las formas de consulta citadas en la matriz no son exhaustivas y deben basarse en su contexto operativo, es decir, si operamos en una zona sensible a conflictos, debe sopesar si el enfoque de consulta que está considerando afectará, positiva o negativamente a la tensión existente. También se deben usar formatos apropiados, por ejemplo, métodos audiovisuales para personas que no tienen un alto grado de alfabetización.

PASO 3: Una vez definido el enfoque apropiado para la participación de cada grupo de interesados, crear un cuadro en el que resuma los enfoques que hemos seleccionado. Utilizar esta matriz para planear las consultas durante todo el programa, teniendo en cuenta que las necesidades e intereses de las partes interesadas probablemente cambien.

Tabla 7 - Matriz de consultas

		Bajo	Alto
Influencia	Alta	<p>Nivel medio</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultas regulares Reuniones públicas Encuestas de percepción Mecanismos de quejas 	<p>Nivel alto</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultas focalizadas Participación informada de la planeación Oportunidades de asociaciones Reuniones abiertas Talleres sobre las MTC
	Baja	<p>Nivel bajo</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevistas con las principales partes interesadas Reuniones públicas Participación periódica 	<p>Nivel medio/alto</p> <ul style="list-style-type: none"> Consulta mediante funcionarios de relación con la comunidad Asociaciones entre grupos de interés Grupos de trabajo enfocados en temas específicos

Efecto

PASO 4: Dar seguimiento a la eficacia de las actividades de consulta y establecer criterios de evaluación. Revisar que su enfoque respecto a la participación refleje las necesidades, circunstancias y experiencias cambiantes. Recordar que la consulta es un proceso interactivo y que los mensajes que se reciben de las partes interesadas son tan importantes como los que enviamos.

PASO 5: es necesario tener actualizado un registro de las actividades de consulta, incluidos los mensajes de las partes interesadas y la retroalimentación que les brindemos. Esto nos ayudará a saber a quién ha consultado y con qué frecuencia, con objeto de no descuidar a las partes interesadas ni tampoco cansarlas.

Cuando se llega a acuerdos con las partes interesadas por medio de consultas, como veremos más adelante, siempre es de utilidad mantener un registro firmado de ello, ya sea las minutas de una reunión o un convenio formal. Todas las partes deben recibir copias de esos registros y organización/institución se debe asegurar de conservar una copia en su base de datos. El listado de los stakeholders con quien se ha tomado contacto debe documentarse y ser archivado de manera sistemática en el soporte que se disponga, ya sea electrónica o en papel, se registrarán las fechas y naturaleza del contacto y retroalimentación

Resistencia al Cambio

El instrumento empleado para la recolección de información será adaptado del trabajo realizado por Marteau y otros (Marteau , Perego, & Miguel, 2017) para medir y diagnosticar la resistencia al cambio en la implementación o desarrollo de proyectos.

Este instrumento contempla el desarrollo de una encuesta administrada, donde las preguntas guardan relación directa con factores que pueden influir en la resistencia o flexibilidad que los individuos tengan frente a un proceso de cambio. Dichos factores fueron agrupados en cinco dimensiones. Factores individuales asociados al querer/sentir/desear; factores asociados a la organización (CAPS); factores asociados a las autoridades de la organización (Dirección del Sistema de Salud); factores asociados a los agentes de cambio y factores asociados al proyecto de cambio.

Factores individuales asociados al querer/sentir/saber:

- Seguridad/confianza ante el cambio
- Optimismo ante el cambio
- Flexibilidad ante los cambios
- Aprobación al cambio
- Autoestima respecto al cambio

Factores asociados a la organización:

- Comunicación organizacional
- Clima organizacional
- Flexibilidad organizacional (normas)
- Legitimidad de poder
- Entorno/contexto
- Experiencias de cambios organizacionales

Factores asociados a las autoridades de la organización:

- Saber /conocer (conocimientos, habilidades y competencias)
- Querer/ sentir / desear
- Responsabilidad

- Compromiso con la organización

Factores asociados a los agentes de cambio

- Saber /conocer (conocimientos, habilidades y competencias)
- Querer/ sentir / desear
- Responsabilidad
- Compromiso con la organización

Factores asociados al proyecto de cambio:

- Proceso de toma de decisiones
- Diagnóstico de la situación actual
- Proceso de planificación
- Conformación equipo de trabajo
- Proceso de seguimiento y control
- Proceso de evaluación
- Proceso de comunicación
- Proceso de formación y capacitación
- Proceso de institucionalización

Personas claves:

Las autoridades son los individuos o grupos con el poder de sancionar y legitimar los proyectos asociados al proceso de cambio. Los agentes de cambio son los individuos o grupos responsables por facilitar la implantación del cambio

Categorías de resistencia:

Los factores ligados al individuo: estos pueden considerarse como fuentes de resistencia dada las características humanas en las que se destacan las percepciones, personalidades y necesidades de aquellos que sufren un proceso de cambio.

Factores ligados a la organización: son fuentes de resistencia que provienen de la organización donde se efectúa el cambio, relacionadas, con la percepción que tiene el individuo sobre las mismas.

Tipos de factores:

- Factores individuales asociados al Querer/ Sentir/Desear: Conjunto de rasgos personales (sentimientos y deseos) asociados al proceso de cambio organizacional.
- Factores organizacionales globales asociados al proceso de cambio: Conjunto de rasgos o características organizacionales que pueden influir (facilitar o dificultar) el desarrollo del proceso de cambio.
- Factores organizacionales asociados al proyecto: Conjunto de rasgos o características asociadas al desempeño del proyecto o los proyectos asociados al proceso de cambio y que pueden influir (facilitar o dificultar) en el desarrollo del mismo.
- Factores organizacionales asociados a los involucrados: Rasgos, características o cualidades de las personas involucradas, interesadas o afectadas por el proyecto de cambio en la organización, en función de la percepción de los otros involucrados.

Indicadores:

- Seguridad/Confianza ante el cambio: este indicador indica el grado de seguridad y confianza que el individuo tienen ante un proceso de cambio. Esta cualidad está asociada al miedo y dudas del individuo respecto a los riesgos asociados al cambio.
- Optimismo ante el cambio: refiere al grado en que el individuo es optimista ante el proceso de cambio, su propósito, resultados obtenidos y consecuencias esperadas. Esta cualidad está asociada a la percepción del individuo (más o menos favorable) sobre el proceso de cambio.
- Flexibilidad ante los cambios: Se refiere al grado o nivel de flexibilidad ante los procesos de cambio, en general. Esta cualidad está asociada a la capacidad del individuo para aceptar y adaptarse a los procesos de cambio.
- Aprobación del cambio: Se refiere al grado o nivel de aprobación del proceso de cambio, su propósito, resultados obtenidos y consecuencias esperadas. Esta cualidad está asociada a la percepción del individuo sobre la necesidad y urgencia del cambio.
- Autoestima con respecto al cambio Se refiere al grado o nivel de autoestima del individuo con respecto al proceso de cambio, su propósito, resultados obtenidos y consecuencias esperadas. Esta cualidad está asociada a la valoración que hace el individuo sobre sí mismo acerca de la capacidad para lograr y contribuir con el proceso de cambio.
- Comunicación organizacional: Se refiere a la percepción del individuo sobre los procesos de comunicación en la organización (estrategias, canales, procesos de retroalimentación, etc.) y su contribución al cambio.
- Clima organizacional: Se refiere a la percepción del individuo sobre el clima organizacional (condiciones o circunstancias sociales) y su contribución al proceso de cambio.

- Flexibilidad de la organización (normas): Se refiere a la percepción del individuo sobre la estructura normativa (políticas, normas, reglamentos), los hábitos asociados a dicha normativa y la contribución de todo ello al cambio.
- Legitimidad del poder: Se refiere a la percepción del individuo sobre el ajuste a derecho/aceptación/competencia de las autoridades o líderes de la organización y su contribución al proceso de cambio.
- Entorno/Contexto: Se refiere a la percepción del individuo sobre el impacto del contexto/entorno, sus exigencias y la capacidad de adaptación de la organización mediante el desarrollo de cambios.
- Experiencias de cambios organizacionales: Se refiere a la percepción del individuo sobre la capacidad de la organización para adaptarse a los cambios basándose en las experiencias previas.
- Saber/conocer (conocimientos, habilidades y competencias): Se refiere a la percepción del individuo acerca de la formación, experiencia y habilidades o destrezas de los otros involucrados, todo ello con referencia al proceso de cambio y las competencias necesarias para contribuir con él y lograr los objetivos planteados. Incluye los conocimientos teórico-prácticos sobre el proceso de cambio y exigidos por éste, la capacidad de integración (relaciones interpersonales/ trabajo en equipo), la capacidad para la resolución y manejo de conflictos, la capacidad de comunicación, el autocontrol, la capacidad comprender a los demás, a la organización, y que capacidad analítica y de interpretación y orientación al aprendizaje
- Querer/Sentir/Desear: Se refiere a la percepción del individuo acerca del nivel de deseo y demás caracteres o rasgos personales asociados al proceso de cambio, de los otros involucrados. Incluye la seguridad y confianza, el opti-

mismo, la comodidad, la certidumbre, la motivación, el compromiso, la lealtad, la flexibilidad, la voluntad, la aprobación, la satisfacción, la paciencia, el respeto, la autoestima y el sentido de colaboración.

- Responsabilidad (comprensión y cumplimiento): Se refiere a la percepción del individuo acerca de la comprensión y cumplimiento o disposición a cumplir con los objetivos y responsabilidades fundamentales exigidos a los involucrados.
- Compromiso con la organización: Se refiere a la percepción del individuo acerca del grado o nivel de identificación de los otros involucrados con la misión, los valores, los principios y la cultura de la institución, además de la identificación y compromiso con el proceso de cambio organizacional.
- Proceso de toma de decisiones: Se refiere a los avances y/o resultados del conjunto de actividades asociadas a la toma de decisiones relacionadas con el proyecto y los niveles de participación de los involucrados.
- Diagnóstico de la situación actual: Se refiere a los avances y/o resultados del conjunto de actividades asociadas a la identificación y análisis de los problemas, dificultades y obstáculos que dan origen al cambio.
- Proceso de planificación: Se refiere a los avances y/o resultados del conjunto de actividades asociadas al diseño de los planes y estrategia general del proyecto (alcance, tiempo, costos, calidad, etc.).
- Conformación del equipo de trabajo: Se refiere a los avances y/o resultados del conjunto de actividades asociadas a la selección/ mantenimiento del conjunto de equipos de trabajo necesarios para el desarrollo del proyecto.
- Proceso de seguimiento y control: Se refiere a los avances y/o resultados del conjunto de actividades asociadas al monitoreo constante de los planes y el equipo encargado de su desarrollo.

- Proceso de evaluación: Se refiere a los avances y/o resultados del conjunto de actividades asociadas a la revisión, calificación y evaluación de la cantidad y calidad de los productos obtenidos.
- Proceso de comunicación: Se refiere a los avances y/o resultados del conjunto de actividades asociadas a la permanente información, comunicación y retroalimentación necesaria para el desarrollo del proyecto.
- Proceso de formación y capacitación: Se refiere a los avances y/o resultados del conjunto de actividades asociadas a la definición y desarrollo de los planes de adiestramiento necesarios para la asimilación de los cambios (nuevos productos, herramientas, métodos de trabajo, etc.).
- Proceso de institucionalización: Se refiere a los avances y/o resultados del conjunto de actividades asociadas a la internalización e incorporación de los cambios a la cultura organizativa.

El enfoque plantea la posibilidad de efectuar mediciones en función de los involucrados al proceso de cambio y los tipos de factores o categorías asociados a la resistencia (individual y organizacional).

La importancia del instrumento es que permite recoger información sobre el sentido (resistencia o flexibilidad) de las respuestas de cada individuo, pero al mismo tiempo sobre su intensidad. Para ello se utiliza un baremo cualitativo en base a la escala de Likert y otro cuantitativo que posibilita la presentación de la información mediante gráficos radiales.

El baremo cuantitativo consiste en una escala de -12 a 12. Esta escala continua ofrece mayores posibilidades de precisión en la medición. Es importante aclarar que el extremo izquierdo de la escala (-12) está asociado a un menor nivel de resistencia al cambio y el

extremo derecho (+12) está asociado a un mayor nivel de resistencia al cambio. Es decir, el extremo negativo en el baremo cuantitativo está asociado al extremo positivo del baremo cualitativo.

Con la metodología considerada permite identificar tres tipos de posiciones frente al cambio: aquellos que lo apoyan, aquellos que se resisten y aquellos que se muestran indiferentes.

Los gráficos radiales mediante los cuales se presenta la información se elaboran en función de la escala cuantitativa considerada (-12 a +12). La circunferencia del gráfico radial guarda relación con los factores considerados en el análisis. En las dimensiones en que se agruparon los factores tienen relación directa con los distintos segmentos del gráfico.

El nivel de resistencia al cambio está directamente relacionado con el tamaño de la figura radial que se forma (una figura radial o gráfico más grande está asociado a una mayor resistencia, y un gráfico de menor tamaño está asociado a una menor resistencia). Sin embargo, existe una sección del gráfico donde aun cuando se conforma un esquema radial, la misma ya no tiene relación con el nivel de resistencia sino más bien con el nivel de apoyo o flexibilidad ante un cambio particular. Esto debido a que podemos dividir el gráfico en tres zonas diferentes: zona de apoyo, zona neutral y zona de resistencia al cambio.

Estas zonas están asociadas a los siguientes segmentos de la escala cuantitativa:

- De +12 a +3 estaremos en la zona de resistencia ante los cambios.
- De -2 a +2 estaremos en una zona neutra (no hay resistencia ni tampoco apoyo a la iniciativa de cambio).

- De -3 a -12 estaremos en la zona de flexibilidad o apoyo a la iniciativa de cambio.

A su vez, podemos dividir las zonas de resistencia y flexibilidad de la siguiente manera:

Zona de apoyo:

- De -12 a -8 estaremos en la zona de máximo apoyo
- De -7 a -3 estaremos en la zona de moderado apoyo

Zona de resistencia:

- De 3 a 7 estaremos en la zona de moderada resistencia.
- De 8 a 12 estaremos en la zona de máxima resistencia.

Esfera de la Resistencia/Flexibilidad al cambio

La esfera de la Resistencia/Flexibilidad al cambio, nos facilita el análisis y posterior evaluación de situaciones críticas que se presentan en los CAPS y concebir intervenciones posteriores, para contrarrestar las causas del conflicto. Pero obviamente, los conflictos no aparecen en paquetes bien estructurados con sus causas y sus ingredientes rotulados de modo que es necesario recorrer las áreas expresan una mayor resistencia a los procesos de cambio y que son fuente de conflicto, para que luego, se pueda responder creativamente a los mismos. Las causas a menudo están empañadas por la dinámica de las interacciones.

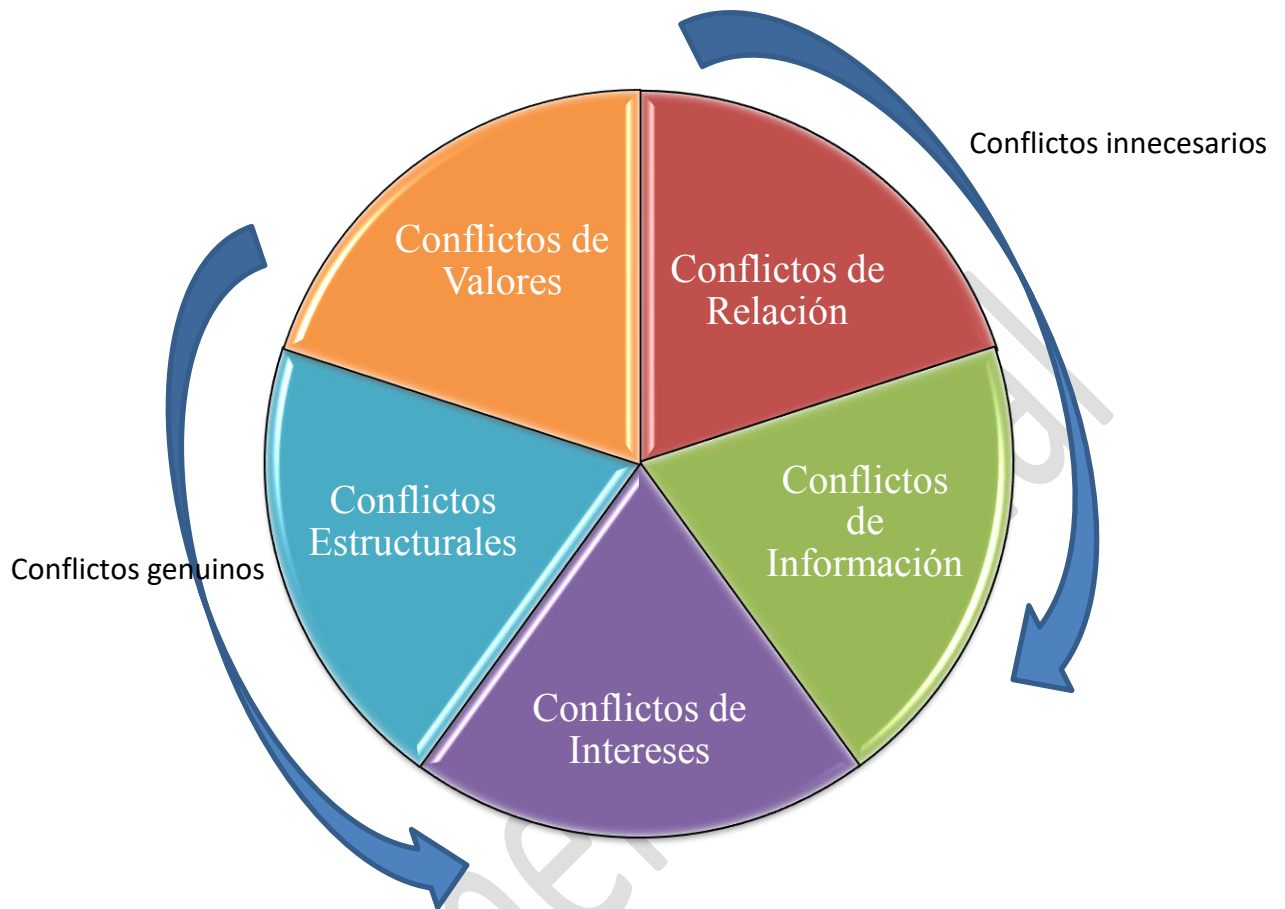
Con el objetivo de trabajar de manera efectiva en etapa, es necesario disponer un esquema de las vías conceptuales o también denominado “mapa del conflicto”, implícito en las diferencias, que debe detallar la razón de su existencia, identificar porque obstaculizan y porque se oponen al arreglo, e identificar a través de que procedimientos deben destinarse a resolver la disputa. Dado que la mayoría de los conflictos son multicausales, las percepciones de los litigantes, nos conducirán a ellas.

Nuestro objetivo entonces, será identificar los desencadenantes fundamentales y adoptar medidas para aliviarlos. A esto se arriba con la experimentación del tipo de "prueba y error" en que conciben y comprueban las hipótesis acerca del conflicto.

En primer lugar, se examinan los problemas relacionados con las percepciones de los integrantes del CAPS, los acuerdos o desacuerdos acerca de la organización y las autoridades, su actitud respecto situaciones de cambio (la incorporación de las MTC) y a los agentes sanitarios, que son quienes articulan a la organización con la comunidad a través de un trabajo profundo de territorio. A partir de estas observaciones, se intenta identificar las situaciones o causas fundamentales o decisivas de la resistencia.

Cuando ha sido identificado un motivo de resistencia importante, se elabora una hipótesis de conflicto. Luego, es necesario poner a prueba la hipótesis y si es verificada se ingresa en el modelo propuesto de gestión de conflictos.

Gráfico 2 - Esfera del Conflicto CAPS Municipalidad de La Plata



Fuente: Elaboración propia. Adaptado (Moore, 1995, pág. 63)

Gestión de Conflictos

En este apartado se presenta una secuencia metodológica relacionada con la prevención de los conflictos por la incorporación de las MTC a las prácticas de los CAPS. El abordaje planteado se desarrollará mediante la capacitación de los integrantes de los centros y muy especialmente de los agentes sanitarios, que se desempeñan en cada CAPS, y que entre sus funciones tienen este rol laboral.

A efectos de que los agentes sanitarios cuenten con metodología adecuada para intervenir cuando surjan situaciones conflictivas, serán entrenados en competencias emocionales.

Se propone la creación de una Unidad de Gestión de Acuerdos (UGA). Esta unidad funcionará en la esfera de dependencia de la supervisión de los CAPS y que tendrá por misión las acciones que se describen a continuación:

- Disponer de la normativa vigente respecto a la incorporación de las MTC a los CAPS.
- Elaborar documentación propia de la normativa establecida por la autoridad local, provincial y nacional respecto a la incorporación de los MTC a los CAPS.
- Asistir a CAPS, de acuerdo a su demanda, en negociaciones complejas.
- Elaborar de protocolos para la resolución de conflictos.
- Entrenar y capacitar de los agentes sanitarios en el abordaje de conflictos.
- Entrenar y capacitar a todo el personal de los CAPS en el abordaje de conflictos.
- Mantener actualizado los archivos respecto a la temática en cuestión.

De los puntos destacados previamente, desarrollaremos a continuación los tópicos que se consideraron fundamentales para nuestro trabajo, como son la elaboración de los

protocolos para la resolución de conflictos, el entrenamiento en las competencias emocionales y el método Harvard para intervenir en los conflictos.

Respecto a esto último, es necesario destacar que, si bien es conocido como método Harvard, este abordaje no describe una estrategia de negociación paso a paso, sino que más bien presenta un modo de aproximarse o enfocar una negociación. Aquellos que desarrollan esta modalidad, van adquiriendo competencias para realizar negociaciones exitosas. Se trata de un modo para afrontar la necesidad de negociar a largo plazo.

Elaboración de un protocolo para la resolución de conflictos

Un Protocolo se convierte en una poderosa herramienta para las organizaciones, sobre todo en etapas de crisis. Es la herramienta que permite ordenar las relaciones laborales y sociales de la organización, empleados y directivos. Las normas de protocolo ayudan a mejorar los resultados de la institución, contribuir al desarrollo del personal y aportan a una mayor eficiencia integral. Busca proteger los derechos fundamentales de la persona en el ámbito laboral estableciendo un conjunto de objetivos que facilitan la prevención de los conflictos en el lugar de trabajo.

Objetivo general:

Instaurar dentro de la política de prevención de los CAPS directrices generales para la prevención y actuación ante las posibles situaciones conflictivas, todo tipo de violencia y agresiones en el lugar de trabajo.

Objetivos específicos:

1. Prevenir las situaciones potencialmente conflictivas y la violencia y agresiones en el lugar de trabajo:

- Realizar la evaluación de los riesgos laborales relacionados con la violencia y agresiones.
 - Planificación preventiva de estos riesgos.
 - Información y formación específica sobre estos riesgos.
 - Consulta y participación de los trabajadores para establecer protocolos de actuación ante estos riesgos.
2. Establecer pautas de actuación claras y eficaces ante los incidentes violentos y agresiones protegiendo a las posibles víctimas.
 3. Asegurar la asistencia sanitaria y psicológica al personal afectado por la violencia y agresiones.
 4. Asegurar la rehabilitación y reincorporación del personal afectado por la violencia y agresiones a su trabajo.
 5. Asesorar jurídicamente y legalmente al personal afectado por la violencia y agresiones.

Se pretende encontrar soluciones que reduzcan los episodios de violencia laboral, y por lado asegurar, en caso que el episodio no haya podido evitarse, atención asistencial, a la víctima y otra rehabilitadora y sancionadora al victimario.

El protocolo de prevención de conflictos, se encuentra completamente desarrollado en el Anexo II.

Entrenamiento para la gestión de las competencias emocionales

A pesar de la importancia de lo racional en las negociaciones, su parte técnica de la preparación y el manejo de escenarios, los resultados de las negociaciones frecuentemente se deciden por el manejo emocional de los negociadores. Lamentablemente, tienen más impacto las competencias o incompetencias de comunicación, empatía e inteligencia emocional que los elementos concretos que son objeto del conflicto.

Los paradigmas en la mente de los negociadores, sus prejuicios y su forma de encarar negociaciones del tipo yo gano tu pierdes, hacen que procesos que pudieran lograr consenso y generar valor para los participantes, terminen en desacuerdos y pobres resultados. Las emociones negativas como desconfianza, el desánimo o el pesimismo, afectan los resultados de una negociación, generando malos acuerdos, sin embargo, las emociones positivas como el optimismo, la confianza y la empatía construyen más opciones de valor y mejores resultados.

Este apartado tiene por objetivo, capacitar a los negociadores con herramientas de inteligencia emocional, de forma que su actuación sea asertivo, empático, cordial y con una mirada hacia la generación de acuerdos de largo plazo.

Destinado a los integrantes de la UGA y los Agentes Sanitarios**Objetivos**

- Que los participantes se apropien de los supuestos del concepto de “inteligencia emocional”.
- Dispongan de conocimientos teórico-operativos para optimizar sus aptitudes emocionales personales y sociales.
- Aprenderán a promover el desarrollo de las competencias emocionales en su desempeño laboral.

Módulo 1 – Las emociones.

¿Qué son las emociones y para que se necesitan?

El cerebro racional y el cerebro emocional

Teorías del funcionamiento de las emociones

¿Cuáles son las emociones primarias y cuales las secundarias?

Experimentando emociones a través de nuestra forma de ver las cosas

Las emociones y la razón

Módulo 2 - Gestión de las emociones.

Como manejo las emociones

Teoría del control de las emociones.

¿Cómo reconocer mis emociones?

Las expresiones faciales de las emociones.

¿Cómo expresar mis emociones?

Módulo 3 – la inteligencia emocional.

Elementos de la inteligencia emocional

Test de inteligencia emocional.

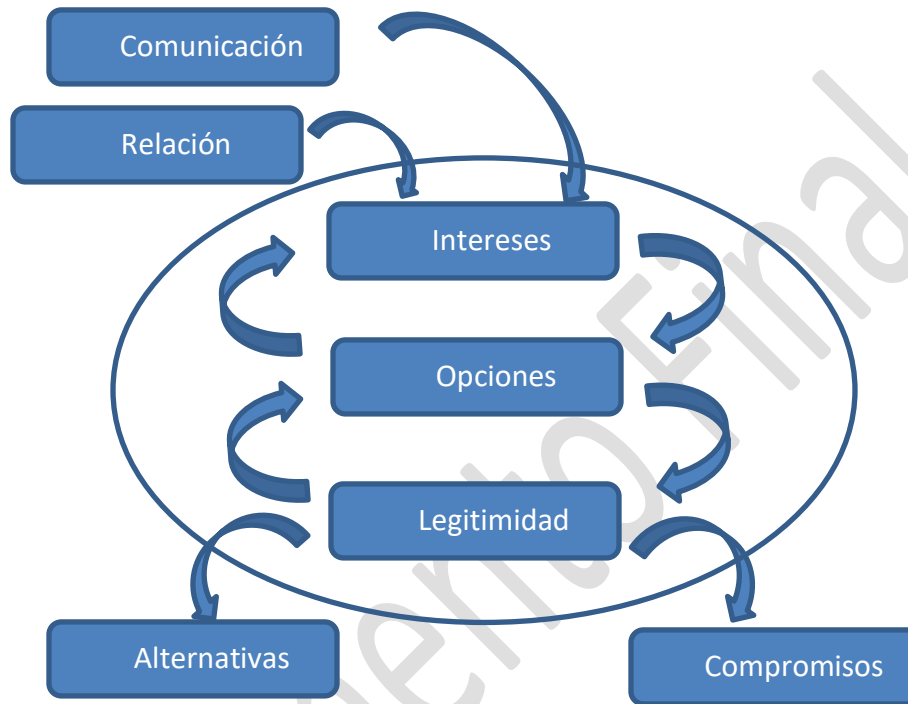
Módulo 4 – técnicas de gestión emocional en procesos de negociación

Los aspectos de las emociones en una negociación.

Herramientas concretas de gestionar las emociones en una negociación.

Método Harvard aplicado a la resolución de conflictos enfocado a los CAPS

Figura 5 - Enfoque de la negociación desde el círculo de valor



Fuente: Paz J. Revista EIA, Número 1 p. 93. 2004

Preguntas a considerar en los siete elementos que contempla el método.

Los intereses

¿Cuáles son los intereses de las partes?

¿Algún stakeholders cuyos intereses debamos considerar?

¿Qué intereses son comunes, cuales diferentes y cuales son enfrentados?

Alternativas

¿Cuál es la MAAN (mejor alternativa a un acuerdo negociado)? ¿Cuál puede ser la de cada una de las partes?

¿Podemos mejorar la mejor alternativa? ¿Podemos empeorar la de ellos? ¿Cómo se podrían probar las expectativas irreales?

Opciones

¿Qué acuerdos o partes de un acuerdo posibles podrían satisfacer los intereses de las partes?

¿De qué manera podrían usarse los intereses diferentes para crear valor?

Para esta etapa en particular, es necesario hacer algunas consideraciones para poder inventar opciones, y para ellos Fisher et al. nos proponen la siguiente secuencia.

Tabla 8 – Inventando opciones

TEORIA	Paso II – Análisis Diagnóstico del problema Clasificación de los síntomas Sugerencia de causas Identificación de lo que falta Elementos para resolver el problema	Paso III – Enfoques ¿Cuáles son las posibles estrategias? ¿Cuáles son los remedios? Proposición de las ideas generales de lo que hay que hacer
REALIDAD	Paso I – El problema ¿Qué está mal? ¿Cuáles son los síntomas? ¿Cuáles son los hechos que molestan vs la situación deseada?	Paso IV – Ideas para la acción ¿Qué podría hacerse? ¿Qué pasos específicos podrían darse para resolver el problema?

Fuente: (Fisher, Patton, & Ury, 1981, pág. 117)

Legitimidad

¿Qué criterios externos podrían ser probablemente relevantes?

¿Qué patrones podría aplicar un juez? ¿Qué “debe” regir en un acuerdo?

¿Qué argumentos tendrán las partes? ¿Tenemos una buena respuesta, que acepte el argumento de las partes y luego sume elementos al mismo?

¿Qué se necesitará para poder justificar un resultado ante los demandantes?

Compromisos

¿Cuál es nuestra autoridad? ¿Cuál es la de ellos?

¿Cuáles serían algunos compromisos ilustrativos y bien elaborados?

¿Cuáles serían buenos productos de esta reunión?

¿Cuáles son los mecanismos para cambiar los compromisos en el tiempo? ¿Cuáles son los mecanismos para solucionar las controversias?

Relaciones

¿Qué relaciones importan? ¿Cómo se encuentra cada una de ellas? ¿Cómo deseamos que fueran?

¿Qué podemos hacer para salvar la diferencia a bajo costo y riesgo? ¿Por dónde deberíamos empezar?

Comunicación

¿Qué queremos saber de las partes? ¿Qué queremos comunicar? ¿Cuál es la manera más persuasiva de hacerlo?

¿Cuál es nuestra agenda y nuestro plan para la negociación?

¿Qué criterio quisiéramos utilizar en el proceso de negociación?

¿Cómo debemos manejar los inevitables desacuerdos?

En el Anexo V, se desarrollan algunos elementos distintivos de la metodología propuesta.

Capítulo 6

APLICACIÓN DEL MODELO A LOS CAPS DEL MUNICIPIO DE LA PLATA

La viabilidad del modelo propuesto, se ensayó en la Secretaría de Salud del Municipio de La Plata (ciudad capital de la Provincia de Buenos Aires, Argentina) en sus primeras dos etapas, que comprenden el análisis de Stakeholders y Resistencia /Flexibilidad al cambio. La determinación de Stakeholders se realizó entrevistando a las autoridades de la Secretaría y la de Resistencia al cambio entrevistando a los integrantes de los equipos de salud de los CAPS distribuidos en el territorio del municipio, a través de una selección al azar.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la encuesta a las autoridades y los resultados de una muestra de 88 encuestas de un universo de 632 personas que se desarrollan tareas en 11 de los 47 CAPS dependientes de la Secretaría de Salud. Asimismo, se identificó la dimensión de mayor conflictividad de un total de las 5 posibles, propuestas para el análisis (Valores, Relación, Información, Intereses y Estructurales)

Determinación de los stakeholders

Etapa I - Identificación y análisis de Stakeholders

La lista de partes interesadas se obtuvo a partir de una encuesta administrada

Etapa II - Resistencia/flexibilidad al cambio

Para determinar la resistencia/flexibilidad al cambio se evaluaron los CAPS dependientes de la Secretaría de Salud. Este municipio cuenta con 47 centros de atención primaria, distribuidos estratégicamente en todo su territorio que atiende, como se explicó oportunamente, el primer nivel de atención de la salud.

La evaluación de la resistencia/flexibilidad al cambio se realizó a través de encuestas realizadas al personal de salud de los centros (el modelo de encuesta se adjunta en el

Anexo III). La selección de estos centros se llevó adelante a través de un muestreo aleatorio de 11 CAPS, los cuales fueron visitados durante el turno mañana durante la segunda semana del mes de mayo de 2018, donde se concentra la mayor actividad del equipo de salud.

La encuesta utilizada fue del tipo administrada y anónima, realizando preguntas referidas al sentir/ querer del agente respecto a la incorporación de las MTC al CAPS, seguidas por la opinión respecto a la organización del centro, a las autoridades de la Secretaría de Salud, a los Promotores Sanitarios (Agentes Sanitarios según la terminología de APS) y finalmente referida a la vivencia en proyectos anteriores. El nivel de confianza utilizado para la experiencia fue del 95% y el error admisible de 10%, dada las características exploratorias del trabajo. De un universo de 632 personas que desempeñan tareas en los CAPS, fueron entrevistados 88 agentes municipales. Los paquetes informáticos utilizados para el procesamiento de la información son Microsoft Office V. 2016 (Word y Excel) y SPSS V. 25.

Para la representación gráfica de los resultados se utilizarán gráficos radiales, que se presentan en forma de radio a las variables que intervienen en cada análisis del objeto de investigación, con la escala de calificación utilizada para el trabajo de campo. Este tipo de gráfico, es muy utilizado en distintos campos del conocimiento, tanto para variables discretas como continuas (Perez Benedito, 2016).

Resultados

Etapa I - Identificación y Análisis de los Stakeholders

Para el análisis de las partes interesadas se entrevistaron a las autoridades de la Secretaría de Salud y los resultados obtenidos se presentan en el Anexo II.

La información para confeccionar el listado de las partes interesadas se obtuvo a partir de una encuesta administrada que se realizó a las autoridades de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata (Secretario y Subsecretario de Salud de la Municipalidad de La Plata y al gabinete de Salud) quienes a su vez refirieron la influencia y el efecto de los distintos actores de la lista de stakeholders.

Se confeccionó la matriz de opinión, influencia y efecto (pág. 169), que luego del listado de las partes interesadas, permite tener la información necesaria para confeccionar el mapa de las partes interesadas (pág. 171).

Encuesta para el tratamiento de los Stakeholders

Paso 1:

Preguntas para la identificación a los actores claves

Pregunta 1: ¿Quiénes son los potenciales beneficiarios por incorporar MTC al CAPS?

- Los pacientes y sus familias

Pregunta 2 ¿Quiénes pueden ser afectados adversamente por el proyecto?

Pregunta 3: ¿Han sido identificados grupos vulnerables?

- Los grupos vulnerables de la zona de influencia
- Familias con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

Pregunta 4: ¿Han sido identificados los aliados y oponentes?

- Asociaciones Barriales
- Centros de Fomento

- Universidades y Facultades formadoras de RR.HH. de la salud
- Colegios Profesionales

Pregunta 5: ¿Cuál es la relación que existe entre los actores?

- Relación directa respecto a la prestación sanitaria entre efectores y pacientes
 - Médico, paramédicos, pacientes
 - Personal de atención al público
- Relación de provisión y coordinación con los demás actores y organismos responsables de la política pública sanitaria.
 - Intendente
 - Secretario de gobierno
 - Director de personal
 - Secretario de Salud
 - Secretario de hacienda
 - Dirección de Compras
 - Consejo Deliberante
 - Comisión de Salud
 - Ministro de Salud de la Provincia
 - Ministro de Salud de la Nación
 - Ministro de Desarrollo Social de la Provincia
 - Ministro de Desarrollo Social la Nación
 - Sindicato de la Sanidad
 - Agremiación Médica
 - Sindicato de Empleados Municipales

Paso 2:

Preguntas orientadas a identificar el/los intereses de los actores y el impacto del de la incorporación de las MTC sobre estos

Pregunta 6: ¿Cuáles son las expectativas de los actores de los CAPS?

- Médicos y paramédicos: mejorar la salud de la población.
- Pacientes: reestablecer y/o mantener su salud.
- Administrativos: disponer de un sistema de registro y seguimiento adecuado.
- Personal de mantenimiento y servicios generales: mantener las instalaciones en condiciones adecuadas para el servicio.
- Proveedores: vender insumos sanitarios y equipamiento.

Pregunta 7: ¿Qué beneficios podrán ser probablemente recibidos por los actores?

- Personal del servicio de salud: Estabilidad Laboral; desarrollo profesional y laboral.
- Políticos del ejecutivo: votos por una buena gestión; reconocimiento de las familias por la gestión sanitaria; reducción de las tasas de enfermedades; representación en los organismos de orden superior.
- Políticos del legislativo: votos por una buena legislación sanitaria; reconocimiento de la gente.
- Proveedores: incrementar la provisión de insumos y mejorar su rentabilidad.
- Familias: mejorar la calidad de vida.

Pregunta 8: ¿Qué recursos están en capacidad y disposición de movilizar los actores?

- Personal sanitario: campañas sanitarias; organización de servicios de mejor calidad; atención sanitaria más eficaz.
- Poder ejecutivo: adecuar el presupuesto (que siempre es insuficiente); campañas de prevención sanitaria; promoción sanitaria.
- Poder legislativo: normas y resoluciones que mejoren la calidad de la atención sanitaria;

Pregunta 9 ¿Intereses potenciales de los actores que entran en conflicto con los objetivos del proyecto?

- Sindicatos por mejores condiciones laborales y salarios.
- Poder ejecutivo: por mantener el presupuesto ajustado.
- Las asociaciones barriales por disponer de un centro sanitario con mayores prestaciones y especialidades médicas.
- Incorporación al diseño curricular primario y secundario temática de educación sanitaria.

Los resultados de la encuesta administrada a las autoridades de la Secretaría de Salud del Municipio de la ciudad de La Plata se presentan a continuación en la Tabla 9

Tabla 9 -Matriz de opinión, influencia y efecto

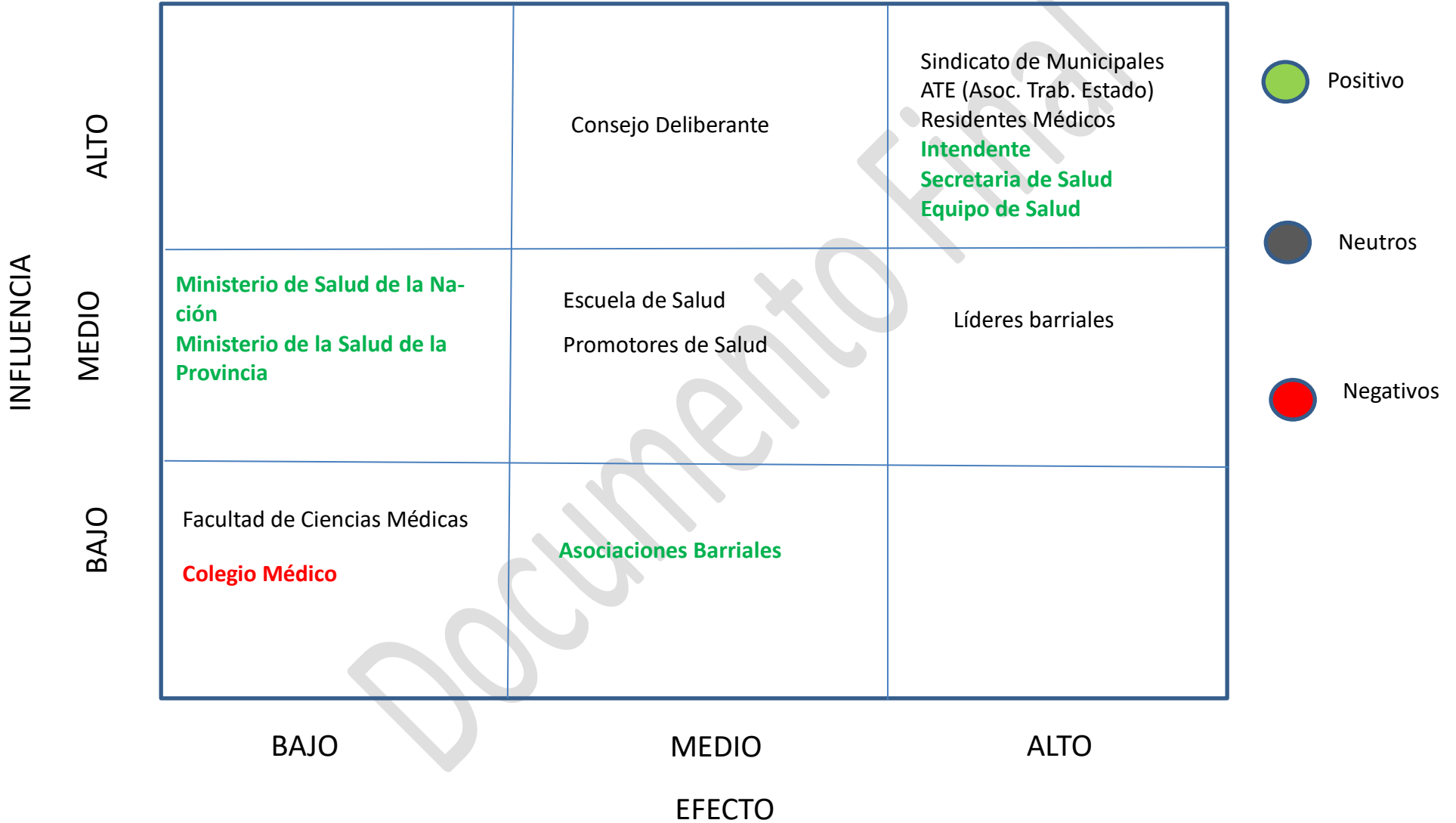
Nombre o Grupo de Interés	Opinión			Influencia			Efecto		
	+	0	-	alta	media	baja	alta	media	baja
Intendente	X			X			X		
Secretaria de Salud	X			X			X		
Consejo Deliberante		X		X				X	
Facultad de Medicina		X				X			X
Escuela de Salud		X			X			X	
Residentes Médicos		X		X			X		
Equipo de Salud	X			X			X		
Promotores de la salud		X			X			X	
Asociaciones barriales	X					X		X	
Líderes Barriales		X			X		X		
Colegios Profesionales			X			X			X
Ministerio de Salud Provincial	X				X				X

Ministerio de Salud Nacional	X				X				X
Sindicato de Municipales		X		X			X		
Asociación de Trabajadores del Estado		X		X			X		

A partir de la información de la Tabla 9 se desarrolla el mapa de las partes interesadas, representado en la Tabla 10.

Documento Final

Tabla 10- Mapa de las partes interesadas (Stakeholders)



Etapa II - Resistencia / flexibilidad al cambio

Descripción de la muestra poblacional encuestada

La muestra encuestada está constituida mayoritariamente por mujeres (83%) y 17% de varones, la edad promedio de estos es de 46.3 años con un desvío estándar de +/- 12.7 años de edad.

Tabla 11 – muestra estudiada

Estadísticos descriptivos – edad promedio de los encuestados				
N (de casos)	Promedio	DS	Mínimo	Máximo
88	46.3	12.72	18	66

Se pudo determinar que el nivel educativo de los encuestados correspondió a un 54% (47) individuos con nivel universitario, 8% (7) terciario, 28% (24) nivel terciario de educación y 12% (10) con nivel primario.

Tabla 12 – nivel educativo de la muestra

Nivel Educativo (88 casos)		
Educación	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	47	53.4
Terciario	7	8.0
Secundario	24	27.3
Primario	10	11.4

Tabla 13 – segmentación por sexo de la muestra

Segmentación de la población por Sexo (88 casos)		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F	73	83.0
M	15	17.0

En referencia al rol laboral que desempeñan los agentes municipales, el 59% (52) de los encuestados cumplen tareas de atención sanitaria, 24% (21) tienen tareas administrativas y de orientación de pacientes y el 17% (15) restantes actividades de promoción de salud con tareas en el territorio de influencia del CAPS.

Tabla 14 – Rol laboral dentro del CAPS

Rol laboral de los encuestados (88 casos)		
Rol	Frecuencia	Porcentaje
Administrativo	21	23.9
Profesional	52	59.1
Otra actividad	15	17.0

Cálculo de la consistencia interna del instrumento de medición

La confiabilidad tipo consistencia interna se refiere al grado en que los ítems que hacen parte de una escala se correlacionan entre ellos, la magnitud en que miden el mismo constructo. Si los puntos que componen nuestra escala teóricamente miden el mismo constructo deben mostrar una alta correlación, es decir que debe mostrar un alto grado de homogeneidad (Campo Arias & Oviedo, 2008).

En este sentido, se midió la fiabilidad del instrumento en referencia a su precisión, sin error, obteniendo la capacidad de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición. La fiabilidad de un instrumento de medida se valora a través de la consistencia, la estabilidad temporal y la concordancia inter-observadores.

Cuando hablamos de consistencia nos referimos al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de una escala están relacionados entre sí. Esta homogeneidad entre

los ítems nos indica el grado de acuerdo entre los mismos y, por tanto, lo que determinará que éstos se puedan acumular y dar una puntuación global.

La consistencia de nuestra encuesta la comprobamos a través del coeficiente alfa de Cronbach, que es un método estadístico muy utilizado en los trabajos de campo que utilizan escalas de Likert en la modalidad encuestas. Sus valores oscilan entre 0 y 1. Se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,7.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 15 – Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	82	93,2
	Excluido ^a	6	6,8
	Total	88	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 16 – Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,863	0,866	28

Como puede observarse en la tabla precedente, el valor del Coeficiente Alfa de Cronbach, para nuestro estudio correspondió a **0.863**.

El criterio general, y siguiendo las recomendaciones de George y Mallery ((George & Mallery, 2003, pág. 231) que discriminan en la confiabilidad del coeficientes de alfa de Cronbach, cuando el mismo se ubica en los siguientes intervalos: **$\alpha > 0.9$ es excelente, $\alpha >$**

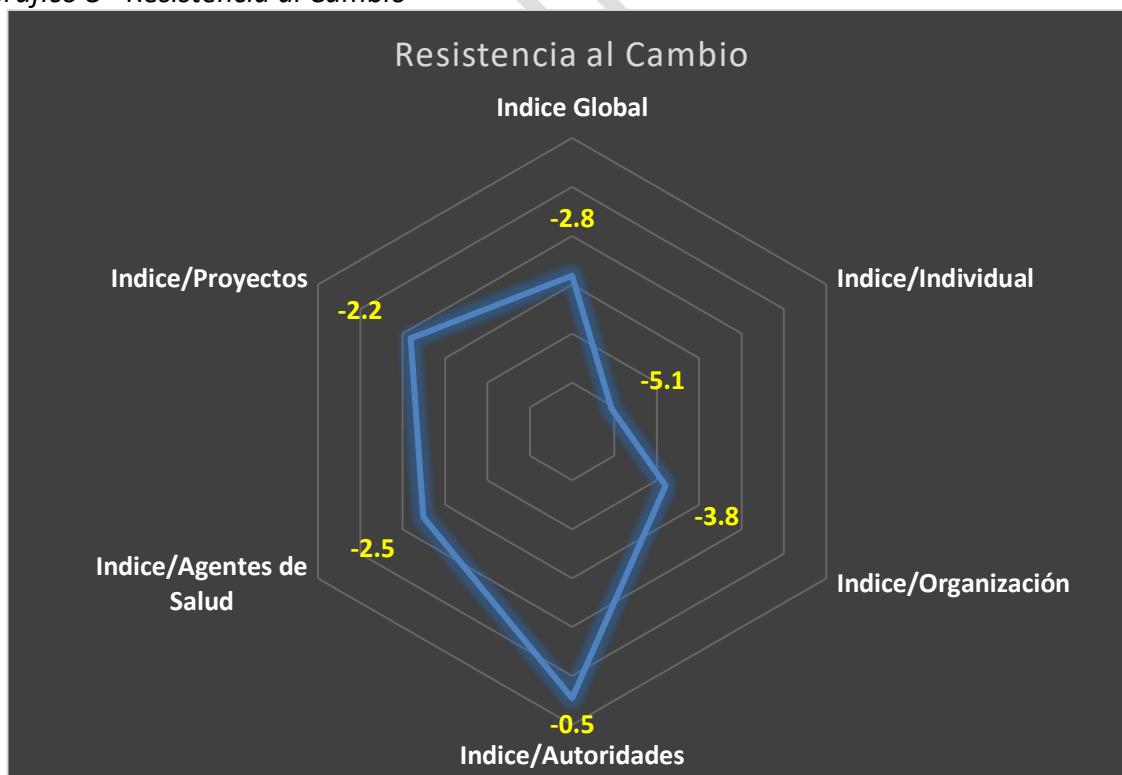
0.8 es bueno, (intervalo observado para nuestro caso) $\alpha > 0.7$ es aceptable, $\alpha > 0.6$ es cuestionable, $\alpha > 0.5$ es pobre, $\alpha < 0.5$ es inaceptable

Análisis de la resistencia /flexibilidad al cambio de la población encuestada

La resistencia/flexibilidad al cambio asociada a las distintas dimensiones observadas se presenta en el gráfico 1. Como se observa, el índice global al Cambio Organizacional fue de -2,8, el índice de observación individual ante el cambio fue uno de los de menor resistencia (-5,1), siendo el de mayor resistencia el que corresponde a las Autoridades con -0,5 seguido por el de Proyectos con -2,2 y el Agentes de Salud con -2,5. La menor resistencia al cambio corresponde a la dimensión Organización (-3.8).

Es necesario aclarar, que, si bien estos índices en promedio indican un valor determinado, al explorar cada factor en forma individual, estos nos indicarán cual es el elemento de mayor resistencia, considerado por los encuestados.

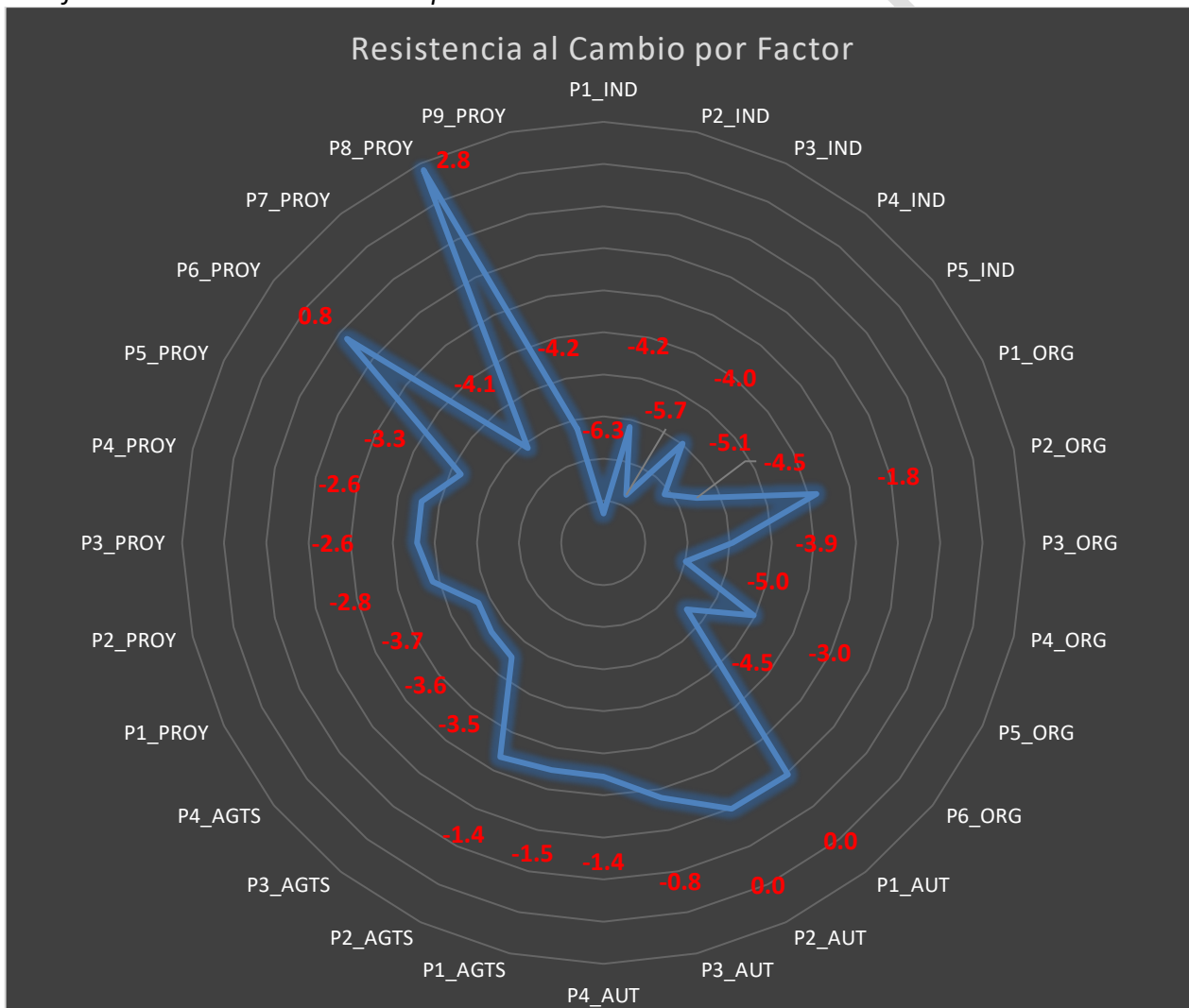
Gráfico 3 - Resistencia al Cambio



Fuente: elaboración propia

El gráfico 4, se presenta el nivel de resistencia promedio del total de la población para cada factor considerado.

Gráfico 4 – Resistencia al Cambio por Factor



Fuente: elaboración propia

La tabla siguiente identifica a cada uno de los factores considerados

Tabla 17 - Factores

P1_IND	Seguridad/confianza ante el cambio
P2_IND	Optimismo ante el cambio
P3_IND	Flexibilidad ante los cambios
P4_IND	Aprobación al cambio
P5_IND	Autoestima respecto al cambio
P1_ORG	Comunicación organizacional
P2_ORG	Clima organizacional
P3_ORG	Flexibilidad organizacional (normas)
P4_ORG	Legitimidad de poder
P5_ORG	Entorno/contexto
P6_ORG	Experiencias de cambios organizacionales
P1_AUT	Saber /conocer (conocimientos, habilidades y competencias)
P2_AUT	Querer/ sentir / desear
P3_AUT	Responsabilidad
P4_AUT	Compromiso con la organización
P1_AGTS	Saber /conocer (conocimientos, habilidades y competencias)
P2_AGTS	Querer/ sentir / desear
P3_AGTS	Responsabilidad
P4_AGTS	Compromiso con la organización
P1_PROY	Proceso de toma de decisiones
P2_PROY	Diagnóstico de la situación actual
P3_PROY	Proceso de planificación
P4_PROY	Conformación equipo de trabajo
P5_PROY	Proceso de seguimiento y control
P6_PROY	Proceso de evaluación
P7_PROY	Proceso de comunicación
P8_PROY	Proceso de formación y capacitación
P9_PROY	Proceso de institucionalización

Se puede apreciar que la superficie de la figura radial que se forma a partir de considerar los niveles de resistencia promedio para cada factor, abarca principalmente la

zona del gráfico radial que se corresponde con los factores de resistencia asociados a las Autoridades.

Los picos del área ubicados hacia el extremo exterior del gráfico indican mayores niveles de resistencia. Se puede observar que, en este caso, los mismos están asociados a los siguientes factores:

- Proceso de Formación y Capacitación (2,8)
- Proceso de Evaluación (0,8)
- Conocimientos/ habilidades /competencias de las autoridades (0,0)
- Querer /sentir / desear de las autoridades (0,0)
- Responsabilidad de las autoridades (-0,8)

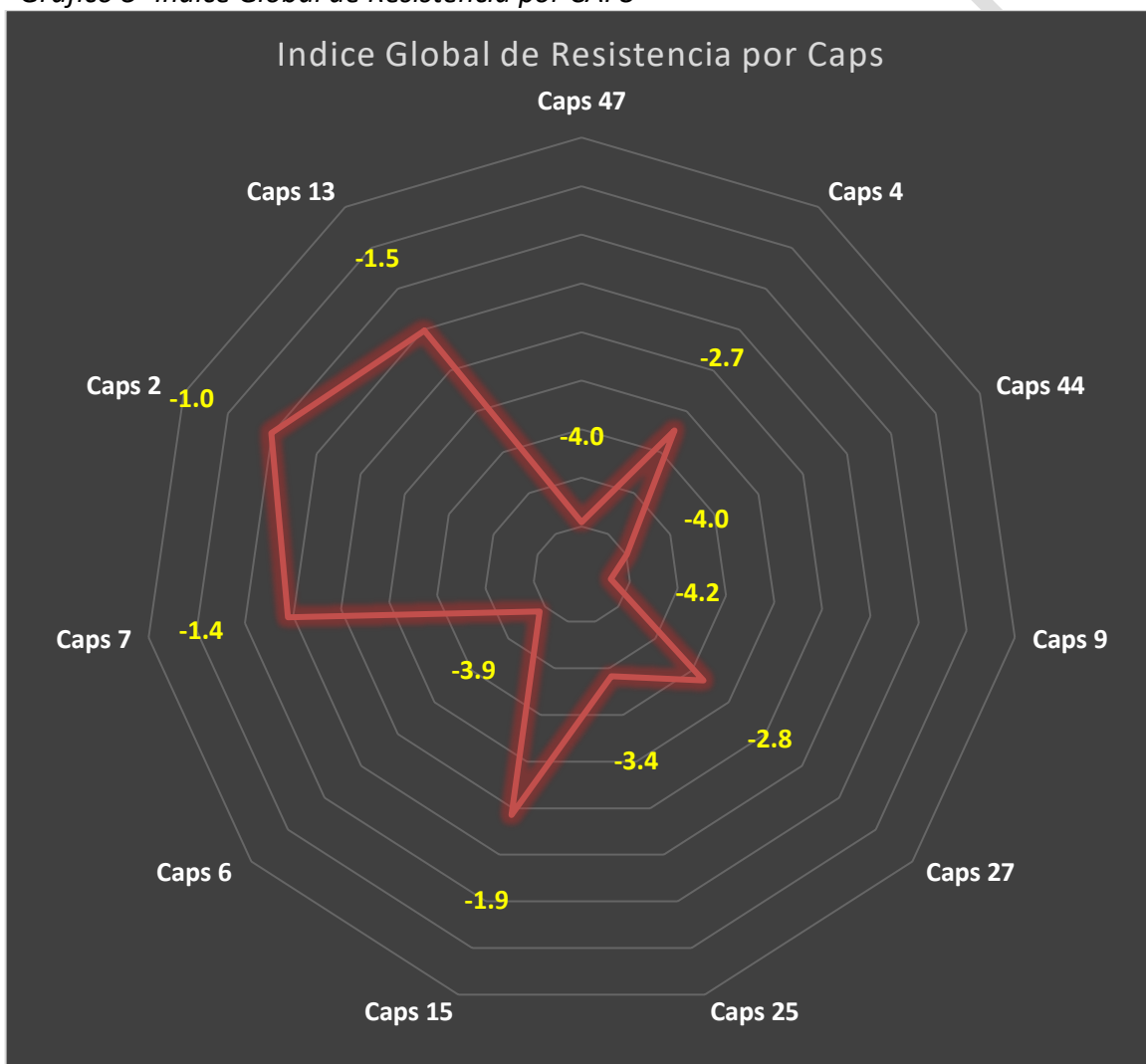
Los factores relacionados con un mayor nivel de apoyo al cambio son aquellos cuyos valores se acercan a -12:

- Seguridad /confianza ante el cambio (-6,3)
- Flexibilidad ante el cambio (-5,7)
- Autoestima respecto al cambio (-5,1)
- Legitimidad del poder (-5,0)
- Comunicación organizacional y Experiencias de cambios organizacionales (-4,5)

En el gráfico 5 se presentan los resultados obtenidos respecto a la resistencia global de cada CAPS. De estos los que presentaron un índice de mayor resistencia al cambio fueron los CAPS N° 2 (-1,0), N° 7 (-1,4) y N° 13 (-1,5). En los tres casos este índice fue determinado

por el peso del factor de resistencia a las Autoridades, esto se representa en los gráficos 6, 9 y 11.

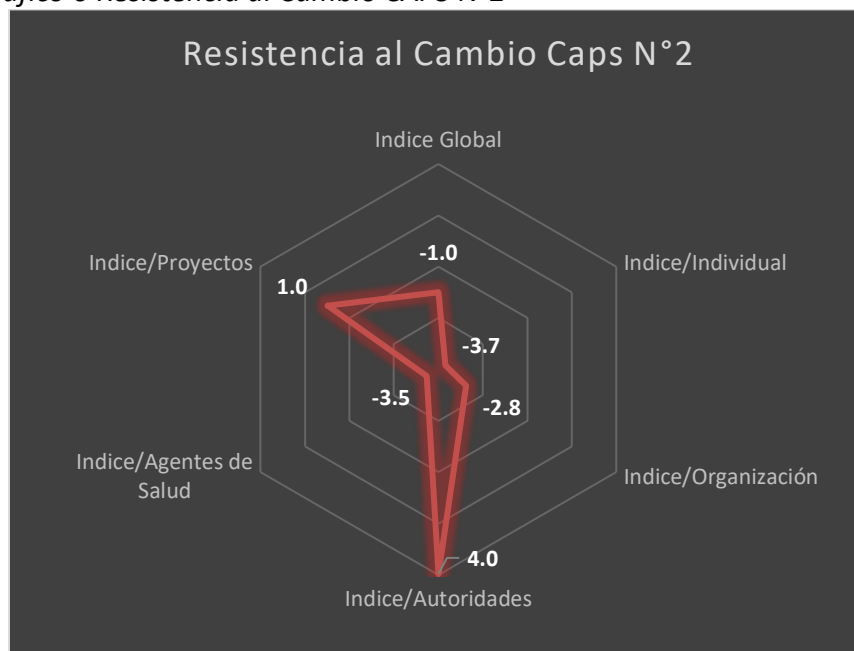
Gráfico 5- Índice Global de Resistencia por CAPS



Fuente: elaboración propia

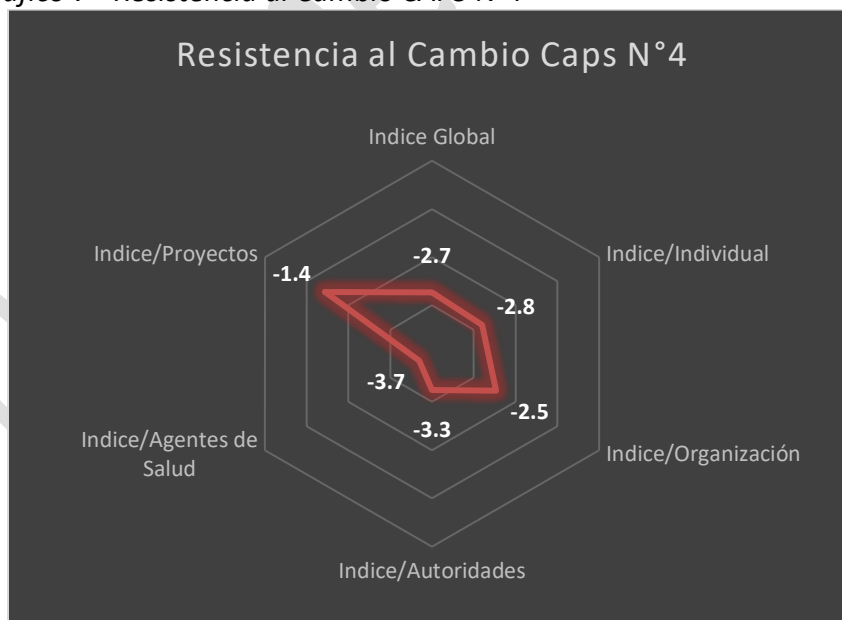
Resistencia/ flexibilidad por CAPS

Gráfico 6 Resistencia al Cambio CAPS N°2



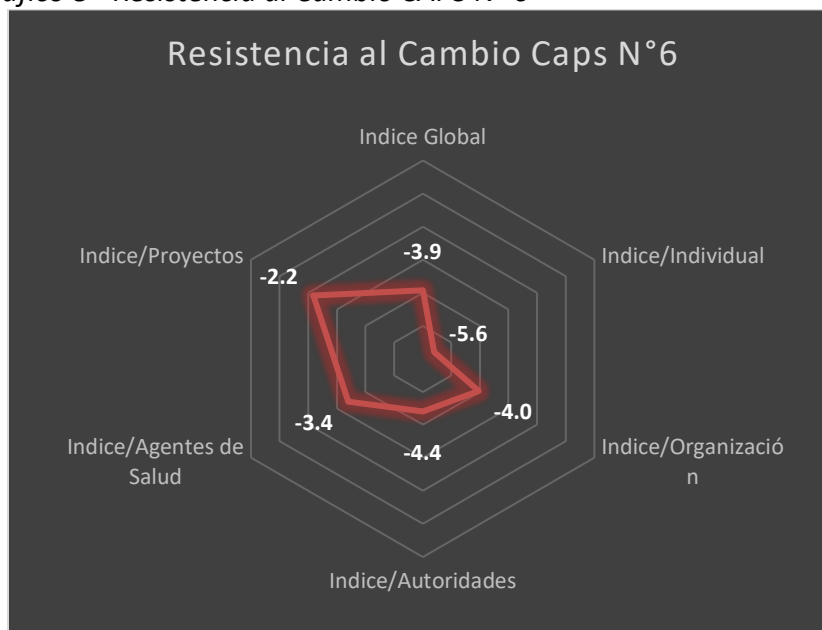
Fuente: elaboración propia

Gráfico 7 - Resistencia al Cambio CAPS N°4



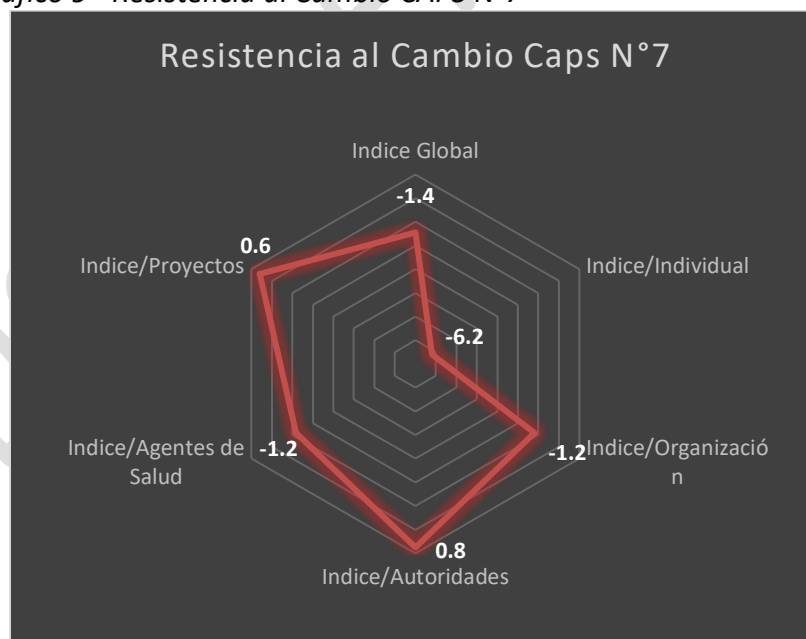
Fuente: elaboración propia

Gráfico 8 - Resistencia al Cambio CAPS N° 6



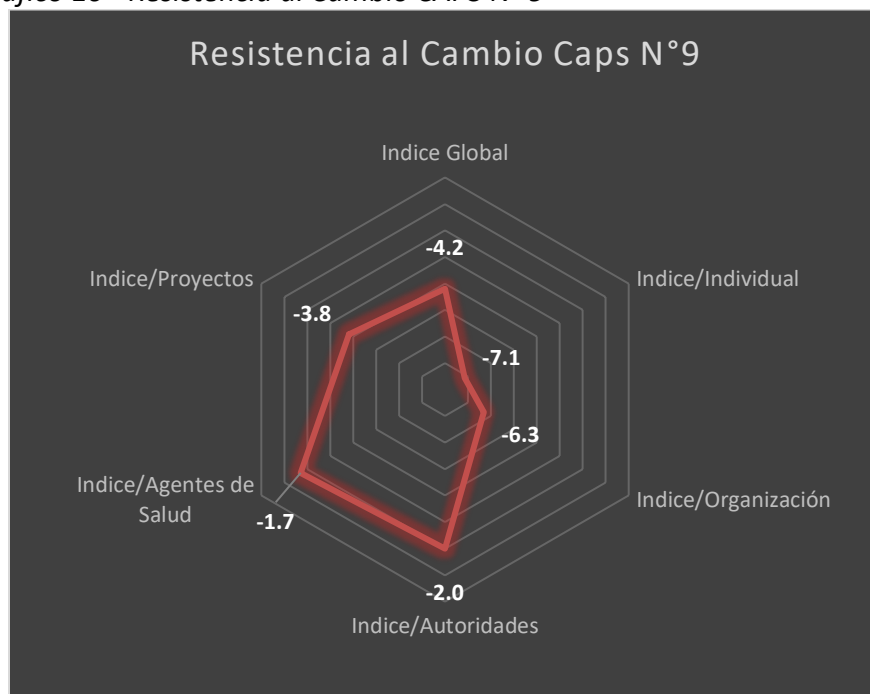
Fuente: elaboración propia

Gráfico 9 - Resistencia al Cambio CAPS N° 7



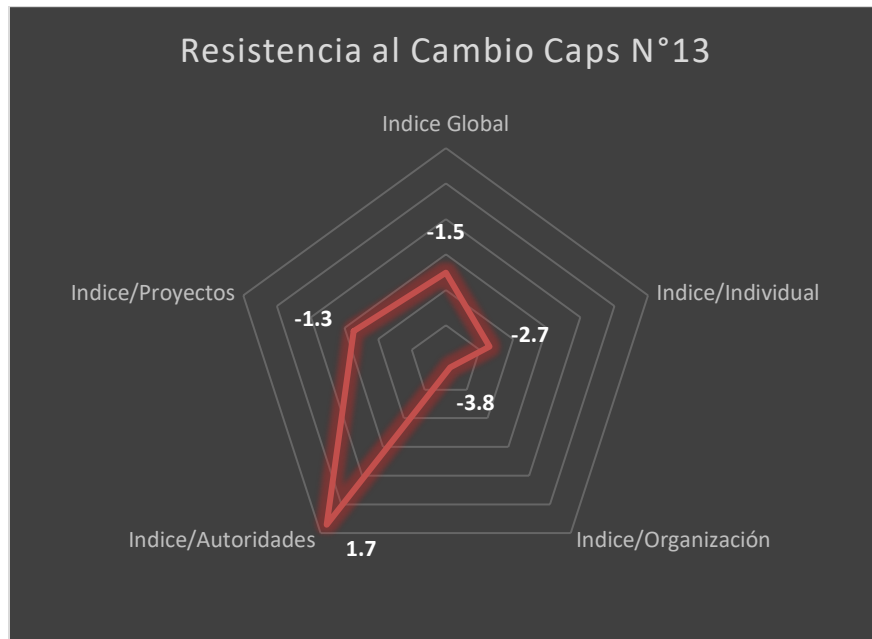
Fuente: elaboración propia

Gráfico 10 - Resistencia al Cambio CAPS N° 9



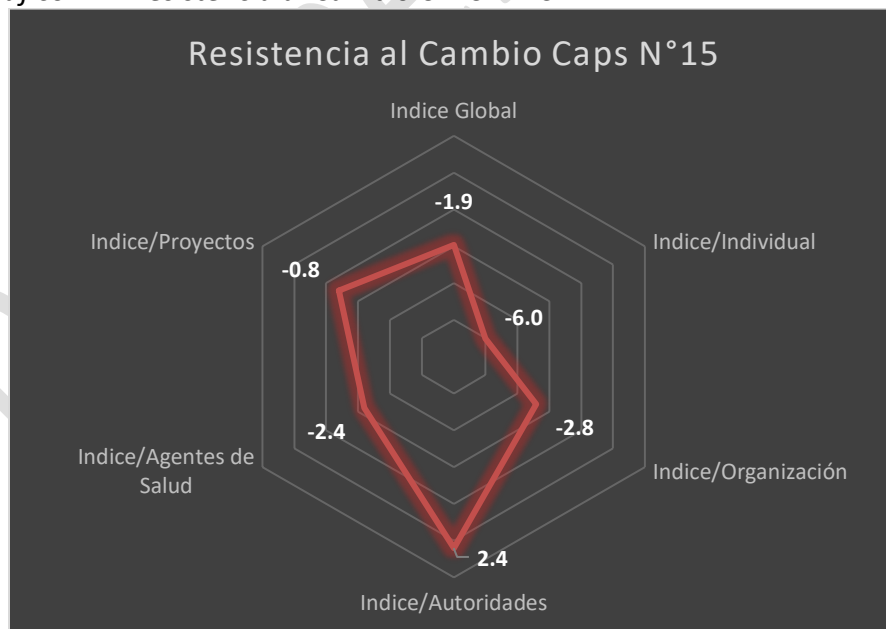
Fuente: elaboración propia

Gráfico 11 - Resistencia al Cambio CAPS N° 13



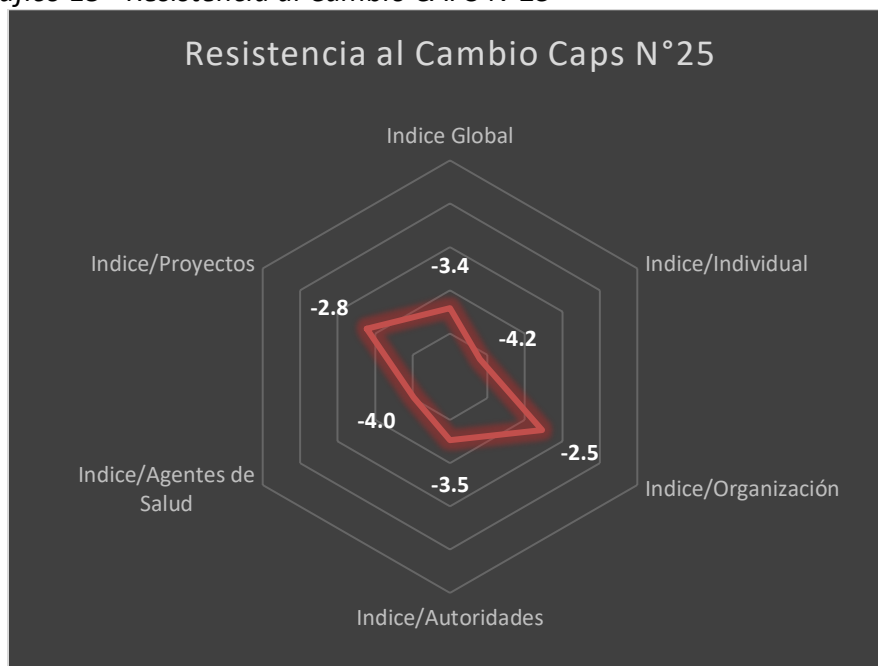
Fuente: elaboración propia

Gráfico 12 - Resistencia al Cambio CAPS N°15



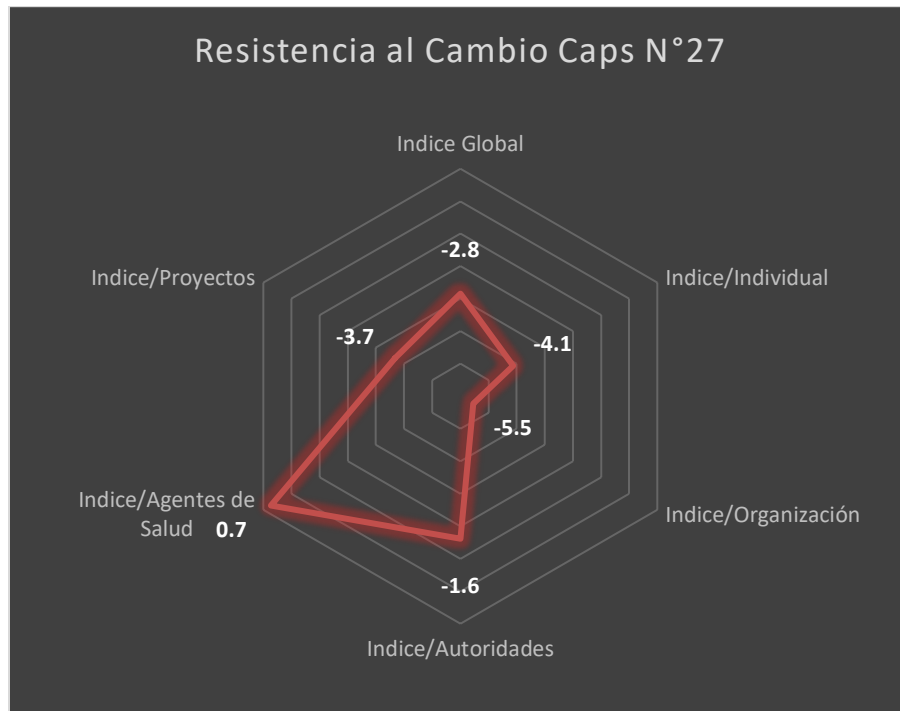
Fuente: elaboración propia

Gráfico 13 - Resistencia al Cambio CAPS N°25



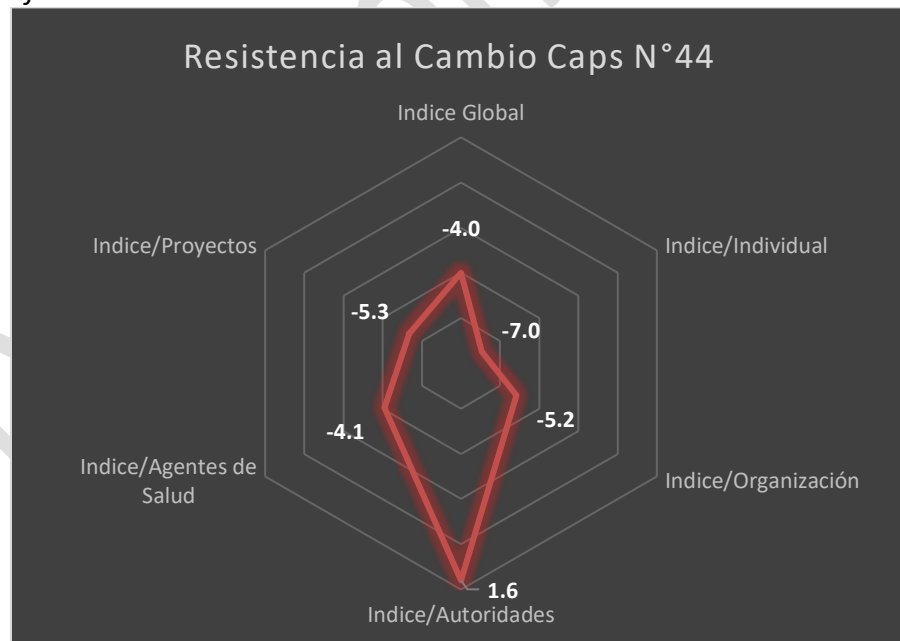
Fuente: elaboración propia

Gráfico 14 - Resistencia al Cambio CAPS N°27



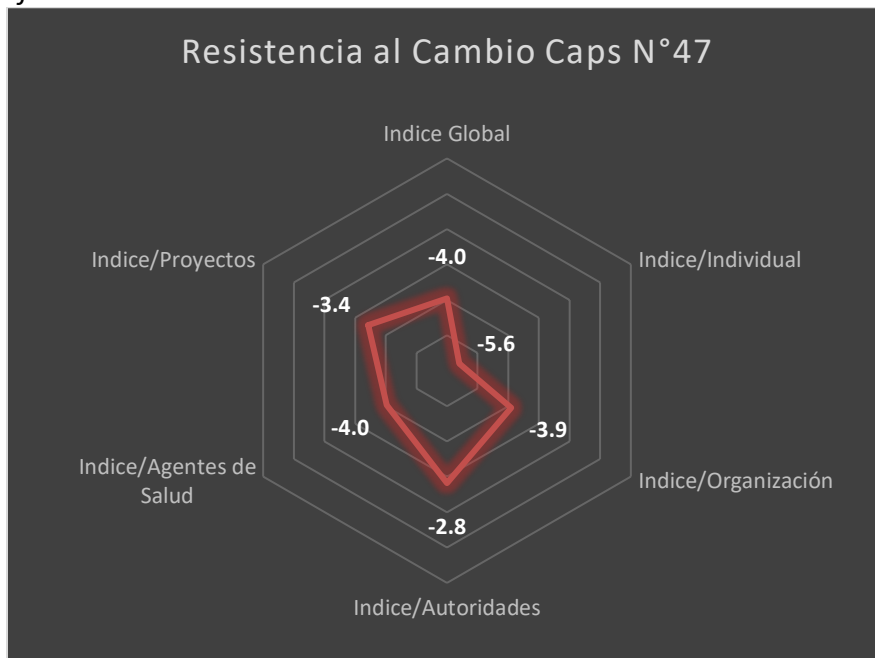
Fuente: elaboración propia

Gráfico 15 - Resistencia al Cambio CAPS N° 44



Fuente: elaboración propia

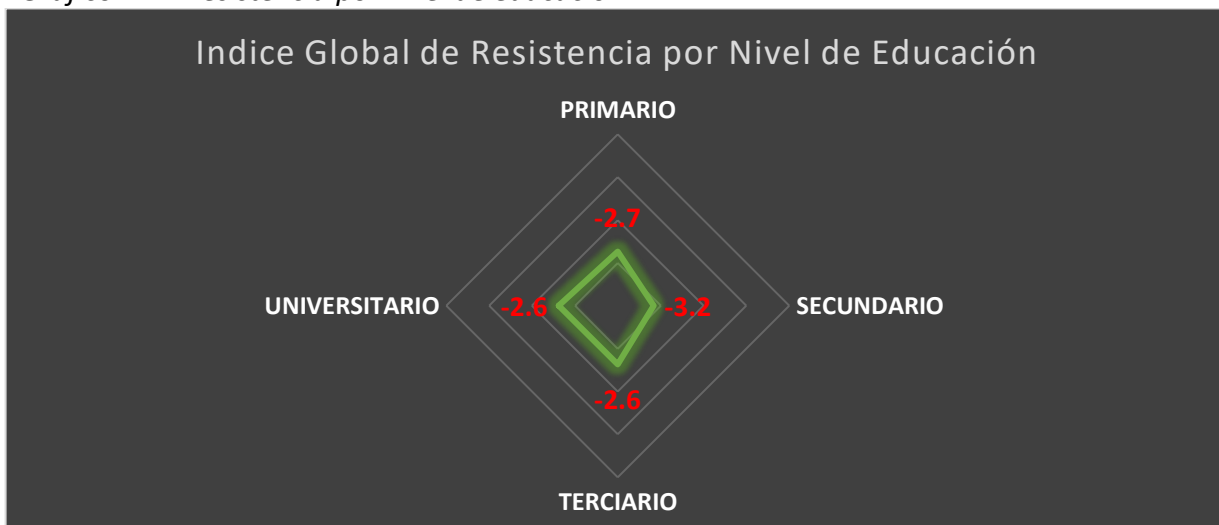
Gráfico 16 - Resistencia al Cambio CAPS N° 47



Fuente: elaboración propia

A continuación, se muestra el gráfico radial con los índices de resistencia global correspondientes a cada nivel de educación.

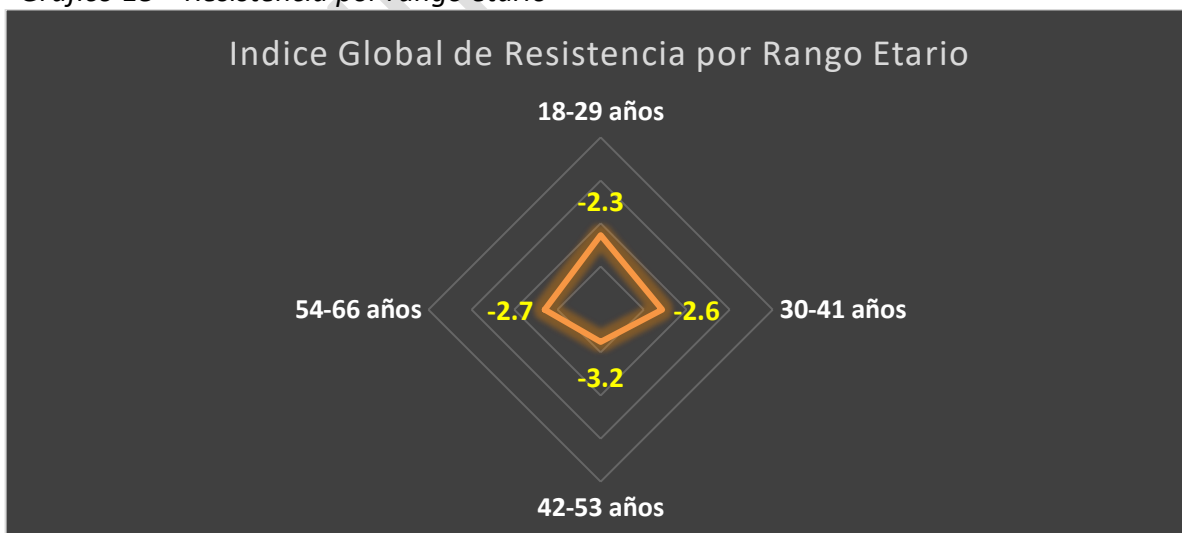
Gráfico 17 – Resistencia por nivel de educación



Fuente: elaboración propia

El siguiente gráfico muestra el índice de resistencia global asociado a los distintos rangos etarios.

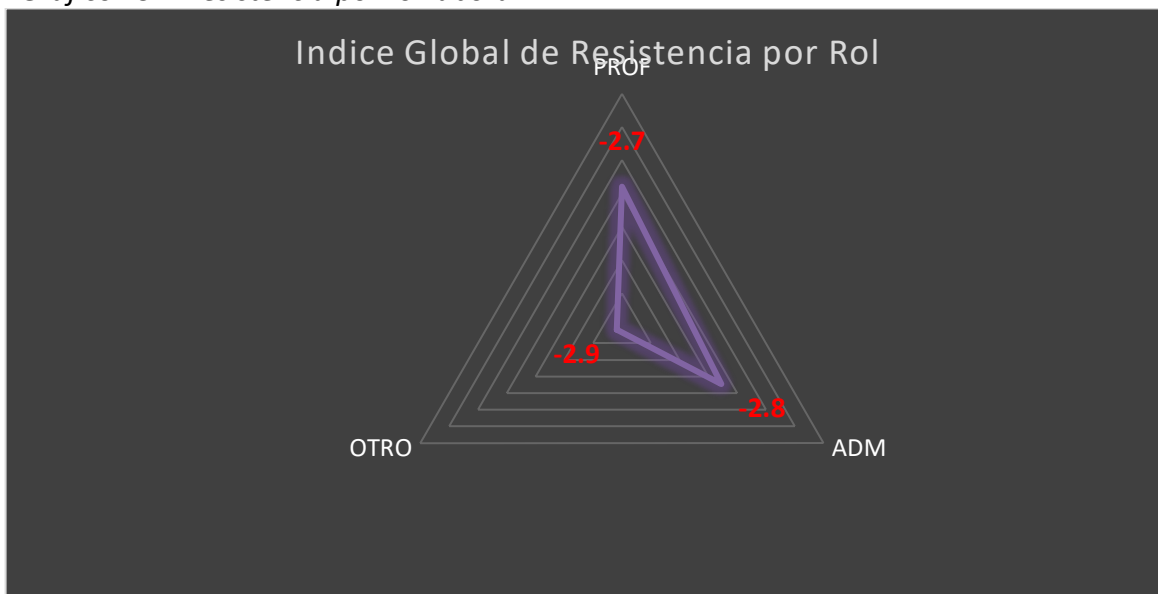
Gráfico 18 – Resistencia por rango etario



Fuente: elaboración propia

Por último, presentamos el gráfico radial correspondiente al índice global de resistencia para cada rol laboral.

Gráfico 19 – Resistencia por rol laboral



Fuente: elaboración propia

De la observación de los tres últimos gráficos, podemos decir que no existe una gran diferencia en los niveles de resistencia si hacemos una comparación por nivel de educación, por edad y por rol laboral.

Esfera del Conflicto

Gráfico 20 – identificación de la dimensión conflictiva



Fuente: Elaboración propia

Surge de la encuesta como respuesta recurrente en todos los CAPS la dimensión de conflictos estructurales promovidos por la ausencia de capacitación “in situ” y la falta de evaluación de las tareas realizadas por sus integrantes.

Análisis de los stakeholders

De la matriz de de opinión, influencia y efecto, pudimos observar que el listado de las partes interesadas incluye fundamentalmente al ejecutivo (Intendente, Secretaría de Sa-

lud), también integran el listado el equipo de salud que integra los CAPS (médicos, enfermeros, psicólogos, agentes sanitarios) y las asociaciones sindicales y sus delegados (en nuestro caso son mayoritarios el Sindicato de Municipales y la Asociación Trabajadores del Estado).

También, se incluye en la lista a los ejecutivos provincial y nacional, quienes establecen normas y políticas de acción. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata que provee residentes médicos al sistema y la Escuela de Recursos Humanos que forma enfermeros, nutricionistas, etc. Se mencionó finalmente como integrantes del listado a los colegios profesionales, a las organizaciones y líderes barriales.

A partir de esta lista, se confeccionó el mapa de las partes interesadas el cual, una vez observada la opinión de los directivos de salud, respecto a la opinión, influencia y efecto de los distintos actores identificados, fueron volcados a la matriz de uso.

Este mapa permite identificar cuáles son los actores de mayor y menor influencia y efecto en el escenario planteado. Los de mayor influencia y efecto son el intendente, la Secretaría de Salud y el equipo de salud del CAPS, con una identificación positiva a los proyectos, acompañados por las asociaciones gremiales y los residentes médicos con identificación neutra para nuestro caso de estudio. Los demás integrantes del listado como es el caso de los ejecutivos provincial y nacional tienen media influencia y bajo efecto, etc.

Por lo observado en el mapa, se decidió determinar el grado de resistencia al cambio de los integrantes del equipo de salud, tomando una muestra azarosa de CAPS, cuyos resultados se discuten a continuación.

Análisis de Resistencia al Cambio

A partir de la observación de los resultados, podemos señalar que, a nivel global y analizando el promedio de cada dimensión, la mayor resistencia al cambio proviene de la dimensión "Autoridades". Sin embargo, cuando realizamos el análisis por factor podemos notar que aquellos con mayor resistencia corresponden a la dimensión "Proyectos". Destacándose particularmente los factores "Proceso de formación y capacitación" y "Proceso de evaluación".

Respecto a los procesos de formación y capacitación, en general, los encuestados coincidieron en afirmar que dichos procesos no existen dentro de los CAPS. Los escasos y esporádicos procesos de capacitación que se imparten se hacen desde la Secretaría de Salud y por fuera de los CAPS. En relación a procesos de evaluación, en el mejor de los casos, se evidencia una gran informalidad, y en el resto de los casos hay una falta total de tales procesos.

Los factores que aparecen en tercer, cuarto y quinto lugar de importancia como responsables de la resistencia al cambio están asociados a las autoridades de la organización. En particular, hacen referencia a la percepción de los encuestados respecto a los conocimientos, habilidades y competencias de las autoridades, si consideran que están interesadas en procesos de cambio y si ven a las autoridades con responsabilidad e involucradas en procesos de cambio.

En tal sentido, podemos señalar que en general, los integrantes de los CAPS consideran que las autoridades no están comprometidas con los procesos de cambio o que los están a medias, quedando muchos proyectos a mitad de camino.

Un elemento importante, que surge de la investigación, es la actividad de los Promotores de Salud. A nivel global, se los considera que no están suficientemente calificados y en algunos casos, se encuentran realizando tareas que no deberían. Dejando de lado su tarea específica que es interactuar con la comunidad en su territorio. Cuentan con escasos conocimientos que fueron adquiriendo, principalmente, de la experiencia. A pesar de que en muchos casos se los nota comprometidos con su tarea, la precariedad de sus condiciones laborales pone en duda la efectividad de su trabajo.

Al realizar una comparación de los niveles de resistencia por CAPS, podemos ver que los valores más altos corresponden a los CAPS 2, 7 y 13, siendo en los tres casos la dimensión “autoridades” la principal responsable del nivel de resistencia.

En general, el reclamo que se realiza a las autoridades es su falta de compromiso con cada CAPS en particular. Los Centros se comunican con la Secretaría de Salud a través de coordinadores, los cuales se están dividiendo por zonas, pero en algunos casos esta comunicación falla. En el caso del CAPS N°2 la principal crítica respecto a las autoridades proviene principalmente de la falta de respuesta ante los reclamos.

Del análisis del nivel de resistencia al cambio evaluado por rol laboral, como por rango etario, como por nivel de educación, nos muestra que no existen diferencias entre los niveles de resistencia. Como mencionamos anteriormente, la dimensión “autoridades” es la principal responsable del nivel de resistencia global y la percepción de los encuestados respecto a los factores asociados a esta dimensión es independiente de su rol, nivel de educación y edad. Podemos decir que la realidad de los CAPS y la percepción que tienen sus integrantes sobre ella, los atraviesa a todos por igual.

El apoyo a la iniciativa de incorporación de las MTC a los CAPS proviene principalmente de la dimensión de factores individuales, en particular de la seguridad /confianza del agente ante el cambio, flexibilidad del agente ante el cambio y su autoestima respecto al cambio.

A nivel global, los individuos encuestados consideran que la incorporación de las MTC no los afectaría en su rol laboral, por lo cual se sienten confiados y seguros. En general afirman ser personas que nos les cuesta adaptarse a los cambios y en caso de concretarse la iniciativa de incorporación de las MTC a los Centros, tratarían de participar y contribuir.

Oportunamente mencionamos que la metodología empleada para medir el nivel de resistencia/flexibilidad al cambio permite identificar tres tipos de posturas posibles: aquellos que apoyan al cambio, aquellos que se resisten al cambio y aquellos que se muestran indiferentes ante el cambio. Estas posturas se reflejan en los gráficos radiales, los cuales quedan divididos en tres zonas que están asociadas a segmentos de la escala cuantitativa.

De los resultados obtenidos, podemos concluir la falta de resistencia a la iniciativa de incorporar las MTC a las prestaciones de servicios de los CAPS. No obstante, tampoco se observó apoyo a esta iniciativa.

El índice global de resistencia obtenido para el total de la muestra nos da un nivel de -2,8, el cual se ubica en la zona neutra al cambio que va de -2 a 2. Dentro del total de la muestra existen cinco CAPS (6, 9, 25, 44 y 47) que se ubican dentro de la zona de apoyo moderado al cambio (-7 a -3).

En general, no se evidencia un rechazo per se a las MTC. Se las considera útiles y efectivas y como una alternativa para mejorar la calidad de atención de los pacientes. Sin embargo, la falta de recursos, la infraestructura deficiente y la existencia de otras prioridades

generan dudas en los individuos respecto a la viabilidad de la incorporación de las MTC a los CAPS.

De esta manera, tomando como referencia la clasificación de las causas de conflictos, podríamos identificar en nuestro caso de estudio que las fuentes de conflicto serían de tipo estructurales. Las posibles intervenciones que se derivan de este modelo para este tipo de fuentes de conflictos son:

- Definición específica y modificación de roles.
- Reemplazo de pautas de comportamiento destructivo.
- Reasignación del control de los recursos.
- Establecimiento de un proceso equitativo y consensuado de la toma de decisiones.
- Cambio del proceso de negociación posicional al basado en intereses (Modelo de Harvard).
- Modificación de los medios de influencia utilizados por las partes.
- Modificación de las relaciones físicas y ambientales de los CAPS.
- Modificación de las presiones externas.
- Modificación de las restricciones de tiempo.

La UGA, en función de los recursos que dispone y las circunstancias y el contexto en que ocurre el conflicto, establecerá las acciones conducentes para su atención y resolución.

CONCLUSIONES

En este apartado se presentarán las conclusiones de nuestro trabajo y no podemos iniciar sin mencionar el tema que lo motivó, **el conflicto**. En función del viaje propuesto, podemos afirmar que **el conflicto** es un fenómeno humano que se genera por un conjunto de factores o causas, por lo que algunos autores hablan de la multicausalidad del conflicto. Entre las distintas herramientas para analizarlo trabajamos en base a la esfera del conflicto de Moore, a través de la cual, y de manera coincidente con el modelo de resistencia al cambio que presentamos, nos permiten articular secuencialmente nuestra propuesta.

El conflicto es algo que ocurre en tres dimensiones, una cognitiva (percepción), otra emocional (sentimientos) y por último en la conducta (acción) y ninguna de estas tres dimensiones es estática. Cada una de ellas afecta a las otras. Por eso es que el conflicto es tan confuso e impredecible. Si una sola de las partes cree, en el ámbito de la percepción, que existe una incompatibilidad con otra persona y actúa en concordancia con esta percepción, el conflicto existe, aunque la otra parte no comparta dicha percepción. (Instituto para el Análisis y Resolución de Conflictos, 2008, pág. 21)

Desde la teoría organizativa planteamos un modelo de gestión sobre los procesos de cambio y resolución de conflictos en el ámbito de los Centros de Atención Primaria de la Salud de Municipios de la Provincia de Buenos Aires, donde se desarrollan prácticas BIO en la atención de pacientes, por la posible incorporación al PMO de prácticas NOBIO a la cartilla de prestaciones y donde el MMH es el paradigma prevalente.

Como mencionamos en páginas anteriores, en busca de permitir a la población el acceso universal a la salud, en los países subdesarrollados, cada vez es mayor el reconocimiento y espacio de prácticas NOBIO en el primer nivel de atención de la salud, alineándose esta situación con el objetivo de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2007, pp. 1-48).

La importancia de los recursos humanos que conforman las organizaciones se vuelve fundamental para alcanzar los resultados esperados ante los cambios necesarios generados por las fuerzas del entorno, entre ellas, la revolución tecnológica y la apertura a un nuevo mundo sin fronteras. En este nuevo mundo las influencias y tendencias presionan y modifican como nunca, los objetivos de las políticas públicas referidas a lograr la cobertura de salud a toda la población y sobre todo a los sectores más vulnerables.

Por otra parte, se ha advertido un deterioro progresivo y continuo en la relación médico paciente, hecho que desvincula y aleja al usuario del sistema público de salud, generando el deseo de encontrar alternativas que le originen confianza y les proporcione la oportunidad y el acceso que cada uno necesita y desea. De igual forma, en las prácticas BIO se observa una atención enfocada meramente en la cura de la enfermedad, mas no en las necesidades, temores, inquietudes y expectativas de cada persona, necesidades humanas de una atención integral y no desde la perspectiva de mercado (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2005, pág. 59)

La teoría de los stakeholders que nos permitió identificar a los actores que, dado su potencial efecto e influencia deben ser considerados para promover la incorporación de las prácticas NOBIO a los CAPS.

Pudimos alcanzar el primer objetivo propuesto, crear el mapa de Stakeholders que permitió identificar que el equipo de salud, era por efecto e influencia, sobre quien debíamos medir la resistencia al cambio por la incorporación de las prácticas NOBIO a los CAPS. Medir la resistencia en las dimensiones en las que se agruparon los factores, demostrando que los conflictos más relevantes son por deficiencias estructurales.

Posteriormente a la identificación de los actores de mayor influencia y efecto de nuestro sistema, nos enfocamos a estudiar la resistencia/flexibilidad al cambio que podrían presentar los integrantes de los numerosos CAPS que integran la red del primer nivel de atención de salud del municipio de la ciudad de La Plata.

El análisis del cambio en las organizaciones es difícil, sobre todo si se considera que las mismas están integradas por personas que se encuentran habituadas a la seguridad que les generan sus normas y principios que fueron acordados para resolver problemas en el campo laboral. Esto, puede tornar al recurso humano conservador y con una visión a corto plazo, en la que el cambio genera reacciones que pueden llegar a ser negativas para el funcionamiento organizacional.

Una vez identificados los actores sobre los cuales trabajar, recurrimos a la teoría del cambio, valorando las distintas dimensiones desde donde los individuos, grupos de personas o estructura ofrecían resistencia (de los individuos, de la organización, de las autoridades, de los agentes sanitarios y de los proyectos). Es fundamental identificar global y particularmente los CAPS dado que sus características y pertenencia geográfica, son factores de gran influencia para determinar reacciones al proyecto propuesto. Una vez identificadas las dimensiones de resistencia, nuestro modelo enfoca un proceso de negociación /mediación a partir de los agentes sanitarios y de la Unidad de Gestión de Acuerdos capacitados para trabajar con situaciones conflictivas.

La evaluación de la resistencia/ flexibilidad al cambio de los integrantes de los CAPS nos permitió establecer que, en este estado de situación la prioridad se centró en la falta de recursos, mantenimiento de la infraestructura y la falta de capacitación y evaluación en los centros orientados a satisfacer la necesidad territorial. Se observó también que la resistencia a la incorporación de las prácticas NOBIO a los CAPS se enmarcaba en la mencionada falta de recursos, más que en una resistencia expresa por una adhesión al paradigma que establece el MMH.

Es necesario destacar que entre los CAPS analizados existe uno, que específicamente se dedica a la atención de población con HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en el cual los profesionales manifestaron muy positivamente la incorporación de prácticas NOBIO al servicio.

La sociedad argentina, y sobre todo la radicada en el denominado conurbano bonaerense, es de gran diversidad y está sujeta a una continua transformación por las permanentes corrientes poblacionales que migran en la búsqueda de mejores condiciones de vida y trabajo. Esta situación promueve un incremento en la demanda de los CAPS que como pudimos observar no cuentan con los recursos necesarios para atenderla, lo que crea situaciones conflictivas dentro del equipo de salud, por la presión de un incremento en las prestaciones con la misma capacidad instalada y personal.

Nos encontramos ante la presencia de la aparición de distintos conflictos producto de los cambios demográficos que, sumados a la transformación intergeneracional, provoca reajustes en las relaciones sociales y en los hábitos de la vida cotidiana de las personas. Reconociendo que los conflictos son parte de nuestra vida en comunidad, en nuestro modelo se sostiene la idea de que el problema no deriva de la presencia de conflictos sino

qué hacemos cuando aparecen y qué proponemos para manejarlos y así favorecer la integración y la cohesión laboral.

Abordar la conflictividad exige responder con habilidades y destrezas que favorezcan el manejo positivo de los conflictos y los canalicen de forma pacífica, fortaleciendo la comunicación y la relación entre las partes involucradas. Los procesos de mediación suelen ser complejos y se requieren distintos instrumentos y habilidades para la transformación constructiva de los conflictos.

Consideramos que la propuesta de crear la Unidad de Gestión de Acuerdos (UGA) es un instrumento innovador que provee nuestra propuesta, en la asistencia de situaciones conflictivas desde un espacio centralizado, también permite disponer de información global y particular y que además de aportar soluciones concretas a los CAPS, permitirá asesorar a las autoridades en la prevención de distintas situaciones conflictivas, anticipando las problemáticas latentes.

Nuestra propuesta busca, al abordar el conflicto, que las partes en pugna ganen o concilien sin perjudicarse, obteniendo una solución favorable, y si es posible del tipo ganar-ganar. Este abordaje, es el adecuado para abordar conflictos, en función de las características que presentan los servicios de salud pública a nivel municipal, donde los recursos son sumamente escasos y las problemáticas y demandas disimiles. Se propuso un protocolo de acción completo para el abordaje de los conflictos.

A los agentes sanitarios en nuestro modelo, tienen un rol central de negociadores /mediadores / conciliadores /persuasores, y a ellos van dirigidos los cursos de capacitación promoviendo de esta manera, una mayor integración en los CAPS donde se desempeñan, dado que, de las entrevistas surgió que los mismos, si bien son parte formal del equipo

de salud, muchos integrantes no se los consideran con la formación adecuada para desempeñar su rol, y su integración laboral trasunta entre simpatía o antipatía relacional con la que interactúan con otros integrantes del CAPS.

Los conflictos laborales son un altercado de intereses que se dan entre partes de la organización o integrantes de esas partes; los conflictos laborales no siempre llegan a un acuerdo debido a que en ocasiones no resulta posible lograr la solución deseada por ambas partes, para ello, se requieren seguir los siguientes elementos del método de negociación: la Mejor Alternativa de Acuerdo Negociado (MAAN), intereses y posiciones, opciones, criterios, relación, comunicación y compromiso, que en conjunto llevará a la resolución de los conflictos de tipo laboral presentados en las instituciones de salud pública.

Además, para el abordaje de las situaciones conflictivas, se propuso un protocolo preventivo para su tratamiento, con el objetivo de establecer un patrón de gestión de las problemáticas, en un ámbito donde las normativas y expedientes son materia corriente y reducen los grados de libertad de sus integrantes, alcanzando de esta manera otro objetivo específico.

Como objetivo particular se establecieron cursos de capacitación orientados a los demás agentes de los CAPS para disponerlos de herramientas de gestión de conflictos. Los contenidos curriculares propuestos convergen desde dos vertientes, una la de tratamiento que propone el modelo de Harvard y otra de los recursos que aporta la Inteligencia Emocional.

Entender las emociones e incluirlas en los procesos de gestión de conflictos, nos ayuda a su resolución, dado que pone de relieve la racionalidad y pretende suprimir lo negativo

de la emoción y de esta forma suprimir la información que está debajo de esa emoción. Esto significa conectarse con lo que se desea realmente, y eso se logra a través de conocer la emoción que está debajo, y que puede ser negativa o positiva.

Las dimensiones del comportamiento emocional en la gestión del conflicto, es uno de los aportes que propone nuestro trabajo, que se alinea con lo expresado precedentemente, respecto a que basta que una de las partes perciba la existencia del estado de conflicto, para que este se materialice. Es conveniente para la organización atenderlo, con el fin de que no evolucione a estadios superiores. El planteo de la Unidad de Gestión de Acuerdos, busca asistir en el tratamiento de conflictos de orden superior, tanto a las autoridades como a los integrantes de los distintos CAPS.

Concluimos, por lo expresado en todo nuestro desarrollo, que la teoría organizativa nos permite proponer un modelo de solución adecuada para atender y solucionar situaciones conflictivas al incorporar las prácticas NOBIO a los CAPS.

FUTURAS INVESTIGACIONES

Los resultados de nuestra investigación y el trabajo de campo realizado nos orientan a ensayar el modelo en sistemas de salud y sus CAPS en otras provincias y países de la región; luego en otros entornos, donde los paradigmas dominantes planteen que un cambio y/o una incorporación de un sistema disruptivo inicie una situación conflictiva.

Podemos pensar en la sindicalización de las fuerzas armadas, el sistema educativo de niveles primario y secundario con la exigencia de titulación universitaria para los docentes, la libre adhesión a los sindicatos de representación laboral, entre otros temas que pueden suscitar controversias y conflictos.

Otras investigaciones también surgirían de medir ex post las intervenciones en los CAPS luego de la incorporación de las MTC utilizando el mismo modelo y otras variantes.

En referencia a los instrumentos utilizados, se plantea contrastar el modelo que presentamos para evaluar la resistencia al cambio con el modelo de Shaul Oreg (Oreg, 2003), llamado escala de disposición a la resistencia al cambio o RTC por sus siglas en inglés (Resistance To Change), que propone la existencia de un constructo multidimensional sustentado en que las personas tienen una inherente tendencia a resistirse a los cambios. Los individuos con mayor disposición a la resistencia al cambio, tienen menor probabilidad de iniciar cambios voluntarios incluso en sus vidas y muestran una mayor tendencia a presentar actitudes negativas ante los cambios. La disposición a la resistencia al cambio se integra de cuatro dimensiones denominadas: búsqueda de la rutina; reacción emocional; enfoque a corto plazo y rigidez cognitiva.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, A. (2012). La Gestión de los Stakeholders. Análisis de los diferentes modelos. *Encuentro Regional Zona Sur Adenag*. Trelew: Adenag.
- Altschul C. (2015) Dinámica de la Negociación Estratégica. Editorial Granica
- Amer, R., Carreras, F., & Magaña, A. (2010). *Teoría de Juegos*. Catalunya: UPC.
- Arce, H. (2013. p. 12). *Evolución histórica de los Sistemas de Salud a lo largo del Siglo XX*. Buenos Aires: Fundación Barceló.
- Bernal, A., & Rivas, L. (2012). Modelo de Identificación de Stakeholders y su Aplicación a la Gestión de Pequeños Abastecimientos de Agua Comunitaria. *Lebret*, 251-273.
- Bisquerra Alzina, R., & Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI - Facultad de Educación UNED*, 61-82.
- Bloom DE, C. E.-L.-G. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Ginebra : Foro Economico Mundial.
- Bornhöft Peter , G., & Matthiessen, F. (2011). *Homeopathy in Healthcare. Effectiveness, Appropriateness, Safety, Costs*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Braganza , S., Ozuah, P., & Sharif, I. (2003). The use of complementary therapies in inner - city asthmatic children. *J. Asthma*, 40(7), 823-827.
- Budjac Corvette, B. (2011). *Técnicas de negociación y resolución de conflictos*. México: Pearson.
- CAMBrella. (26 de 12 de 2012). *La medicina complementaria cobra popularidad en toda Europa*. Obtenido de CORDIS Servicio de Información Comunitario sobre Investigación y Desarrollo: https://cordis.europa.eu/news/rcn/35388_es.html
- Campitelli, E. (2 de mayo de 2013). *Circulo Escéptico Argentino*. Obtenido de Falsas Medicinas, el imperio del descontrol: <https://circuloesceptico.com.ar/tag/regulacion-medicina-argentina>
- Campo Arias, A., & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 831-839.

- Carreras , S. (18 de abril de 2010). *La Voz*. Obtenido de <http://www.lavoz.com.ar/content/no-es-posible-que-permitan-este-asalto-la-modernidad-miradas>
- Centro de Opinión Ciudadana - Universidad de Talca. (2010). *Diagnóstico situacional de las medicinas alternativas en el país*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Cerda , E., Jimeno , J., & Perez, J. (2004). *Teoría de Juegos*. Madrid: Pearson.
- Chiavenato, I. (2007). Introducción a la teoría general de la administración. En I. Chiavenato. México: Mc Graw - Hill.
- Collin, e. (junio de 2010). Innovación, Propiedad Intelectual y Competitividad. La Denominación de Origen como Estrategia de Competitividad para la Industria del Calzado de Leon. *TEACs*, 2(4), 1-15.
- Coniglio, J. (2016). *Prácticas, percepciones y articulación biomédicas y No biomédicas vinculadas a ciudad, prevenir la salud y enfermedad*. (UNLP, Ed.) Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Cooperadora de la Facultad de Ciencias Médicas UNR. (mayo de 2018). *Cooperadora de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR*. Obtenido de <https://www.coopmedicasunr.com.ar/cursos/posgrado/tratamiento-del-dolor/47-tratamiento-del-dolor-mediante-medicinas-complementarias>
- Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2005). *Los Fines de la Medicina Nro 11*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Cursieri, S. (2016). Una breve pincelada sobre algunas áreas del saber necesarias para una negociación exitosa. *Suma de Negocios*, 1-15.
- Curso en Salud Social y Comunitaria. Minsal Argentina. (2017). Curso en Salud Social y Comunitaria. *Equipos Comunitarios*. Ciudad Autona de Buenos Aires, CABA, Argentina: Programa Médicos Comunitarios - Presidencia de la Nación.

- Damase Michel, C., Vie, C., Lacroix, I., Lapeyre Mestre, M., & Montastruc, J. (2004). Drug Counselling in Pregnancy: An Opinion Survey of French Community Pharmacists. . *Pharmacoepidemiol Drug Safety*, 711.
- Damasio, A. (2016). *El error de Descartes*. Buenos Aires: Paidós.
- del Río Díez, L. (2018). ¿Por qué seguimos negando la “medicina de síntesis” en el paradigma actual de la salud? *IntraMed journal*, 1-11.
- Dorado Barbé, A. (2014). *La Gestión Constructiva de Conflictos en la Formación del Grado en Trabajo Social*. Universidad de Murcia.
- Echegoyemberry, N., & Castiglia, G. (2017). Sistema de Salud Argentino desde el Enfoque de Derechos Humanos. *Capacita Salud*, 1-3.
- Editorial La Voz. (20 de abril de 2010). *La Voz*. Obtenido de <http://www.lavoz.com.ar/content/medicina-alternativa-la-unc-suspendio-los-cursos>
- EsSalud - Seguro Social de Salud. Gerencia de Prestaciones. (2014). *Informe de Producción de las Unidades de Atención de MTC y de los Indicadores Trazadores*. Lima: EsSalud.
- Eyzaguirre Beltroy, C. (2016). *El proceso de incorporación de la medicina tradicional alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud*. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.
- Facultad de Ciencias Médicas - UNR. (marzo de 2016). *Universidad Nacional de Rosario*. Obtenido de <http://www.fcm.unr.edu.ar/index.php/es/la-facultad/actividades-cursos-seminarios/162-curso-superior-de-ayurveda>
- Fisher, R., & Ertel, D. (1998). *Si, de acuerdo en la práctica*. Bogotá: Norma.
- Fisher, R., Patton, B., & Ury, W. (1981). *Si... de acuerdo: como negociar sin ceder*. Bogotá: Norma.

- Foo, L. (2007). Stakeholder engagement in emerging economies: considering the strategic benefits of stakeholder management in a cross-cultural and geopolitical context". *Corporate Governance*, 7(4), 379 – 387.
- Forética Liderazgo Responsable*. (2017). Obtenido de <http://www.foretica.org/>
- Foretica.org*. (2006). Obtenido de <http://www.foretica.org/wp-content/uploads/2016/01/204.pdf>
- Franco, J., & Pecci, C. (2003). La relación médico - paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina*, 63(2), 111-118.
- Franza, J. L. (2008). *La Organización, Sistemas y Subsistemas*. Buenos Aires: D&D.
- Fraser Institute. (2017). *Complementary and Alternative Medicine: Use and Public Attitudes 1997, 2006, and 2016*. Vancouver: Advisory Board.
- Freeman, R. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.
- Freidin, B. (2017). La Práctica de una Medicina Marginalizada en Argentina. *Trabajo y Sociedad*, 11-24.
- García Larraburu, S. (3 de 12 de 2017). Anteproyecto de Ley - S-4579/16PL. *Ley de Medicina Tradicional y Complementaria*. CABA, Argentina.
- García, J., & Espinosa, A. (2005). El rol de las estructuras y las rutinas defensivas en el tratamiento de conflictos en las organizaciones. *Universidad de los Andes*, 1-8.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Ley Nº 4.679. (19 de Setiembre de 2013). *Formación de Agentes Sanitarios*. Obtenido de Formación de Agentes Sanitarios Boletín Oficial Ciudad de Buenos Aires Nº 4270: <http://www2.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley4679.html>
- González E., Q. a. (abril de febrero de 2010). La Incorporación de Terapias Naturales en los Servicios de Salud. *Escuela Universitaria de Enfermería*.

- Goodman, M., & Kemeny, J. (1995). *La quinta disciplina en la práctica*. Barcelona: Granica.
- Honatur | Homeopatía Online. (17 de 2 de 2018). *Homeopatía en Europa: Suiza, Alemania, Francia, Reino Unido*. Obtenido de <https://honatur.com/homeopatia-en-europa-suiza-alemania-francia-reino-unido/>
- Hospital Clinic Barcelona. (2007). *Libro de la Salud*. Barcelona: Fundación BBVA.
- Hospital Italiano de Buenos Aires. (1 de Julio de 2014). *Hospital Italiano*. Obtenido de <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/medicinageriatrica/seccion/13898>
- Humanitas. (2003). Humanidades Médicas. *Volumen 1 Numero 2*, 171.
- Hunt, K., Coelho, H., Wider, B., Perry, R., Hung, S., Terry, R., & Ernst, E. (2010). Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. *Int J Clin Pract*, 1496-1502.
- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y cultura de la autoayuda*. Buenos Aires: Katz.
- Instituto para el Analisis y Resolución de Conflictos. (2008). *LA INVESTIGACIÓN ACADÉMICA Y LA PRÁCTICA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS SOCIALES*. Arlington: Universidad George Mason - ICAR/OEA.
- Krick, T., Forstater, M., Monaghan, P., & Sillanpaa, M. (2005). *The Stakeholder Engagement Manual, Volume 2: The Practitioner's Handbook on Stakeholder Engagement. AccountAbility, UNEP Stakeholder Research Associates*. Nairobi: UNEP.
- La Vanguardia. (30 de 1 de 2018). *La vanguardia diario de futuro*. Obtenido de <http://blogs.lavanguardia.com/diario-de-futuro/por-una-consulta-sobre-el-futuro-de-la-salud-en-alemania-14224>
- Lago, F., Elorza, M., Nebel Moscoso, S., & Rapiri, N. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el

- caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 12 (25), 40-54.
- Lain Entralgo, P. (1978). *Historia de la Medicina*. Barcelona, España: Salvat.
- Lewicki, R., Weiss, S., & Lewin, D. (1992). Models of conflict, negotiation and third party intervention. A review and synthesis. *Journal of Organizational Behavior* 13 (3), 209-252.
- Ley 26.529. (s.f.). Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Insituciones de la Salud.
- Ley Provincial 11072. (30 de diciembre de 2003). *Legislación de la Provincia de Buenos Aires*. Obtenido de <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/03-135.html>
- Lucaya Montes, D. (2015). Gestión de conflictos en las Organizaciones: Un enfoque integrador. *Seguridad y Salud en el Trabajo*(81), 26-33.
- Manucci M. (2017). Competitividad Emocional. El impacto emocional en el desempeño colectivo. Texto 1 - Documentos de trabajo, curso doctorado de Ciencias de la Administración - Facultad de Ciencias Económicas - UNLP
- Mariano, H., Ramos, M., & Fernández, A. (2001). Salud y juventud de España. *Consejo de la juventud* , 5-8.
- Marteau , S., Perego, L., & Miguel, R. (Septiembre de 2017). Cambio Organizacional en un Hospital Público. Una Medida de Resistencia/ Flexibilidad en el Servicio de Nutrición. Un Estudio de Caso. (U. d. Armadas, Ed.) *YURA Relaciones Internacionales*, 11, 566-598.
- Mendoza M., S. S. (2011). The seventh element of quality: the doctor - patient relationship. *Fam Med*, 43(2), 83-89.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, (págs. 451-464). Buenos Aires.

- Ministerio de Salud Chile - Subsec. Salud Pública. (2012). *Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de la Nación. (25 de 7 de 2016). *LEGISALUD Argentina*. Obtenido de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=27170>
- Ministerio de Salud de la Nación. (15 de 7 de 2017). *Argentina.gob.ar*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/programa-medico-obligatorio-nueva-actualizacion-julio-2017>
- Ministerio de Salud del Perú . (3 de 7 de 2015). *Centro Nacional de Salud Intercultural*. Obtenido de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi_prom_met/2015/brochure.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Pública de España. (2011). *Primer documento de Análisis del Uso de Situación las Terapias Naturales* . Madrid : Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Pública.
- Mitchell, R., Agle, B., & Wood, D. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*. Volumen 22, Nº4. , 853-886.
- Moore, C. (1994). *Negociación y Mediación*. San Sebastián: Gernika Gogoratz.
- Moore, C. (1995). *El Proceso de Mediación. Métodos prácticos de resolución de conflictos*. Buenos Aires: Granica.
- Nadal , H. (2010). La mediación: una panorámica de sus fundamentos teóricos. *Revista electronica de Direito Processual*, Vol. V 116-146.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (1 de 10 de 2009). *What is complementary and alternative medicine (CAM)?* Obtenido de <http://nccam.nih.gov/health/>

- Nava , L. (2012). La comunicación y la negociación como herramientas estratégicas en. *Quorum académico 9 (2)*, 297-313.
- Negrete Jiménez, C. (2012). *eumed*. Obtenido de <http://www.eumed.net/ce/2012/cnj.pdf>
- Neira, M. (2013). *Desafíos para la salud pública*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Nigenda, G., Mora Flores, G., & Aldama López, S. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública México*, 43(1), 41-51.
- Nye, R. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Hist Behav Sci*, 39(2), 115-129.
- OMS. (1978 - pp. 1-3). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata - URSS: OMS.
- OMS. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*. Ginebra: OMS.
- ONU. (25 de Septiembre de 2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- OPS/OMS, Indicadores básicos Argentina. (2015). *paho.org*. Obtenido de <http://www.paho.org/arg/images/gallery/indicadores/Indicadores2015.pdf?ua=1>
- Oreg, S. (2003). Resistance to Change: Developing an Individual Differences Measure. *Journal of Applied Psychology*, 680-693.
- Organización Mundial de la Salud . (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Estegia Mundial de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023. En OMS (Ed.), *Estrategia Mundial de la OMS* (pág. 72). Ginebra: OMS. Obtenido de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2007, pp. 1-48). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington: Biblioteca Sede OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017, p. 15). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas - Informe 71*. Buenos Aires: OPS Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Seguro Social (EsSalud). Estudio Costo-Efectividad . Programa Nacional de Medicina Complementaria*. Lima: EsSalud.
- Parlamento Latinoamericano - Resol. Nº 14. (3 de diciembre de 2009). *Parlamento Latinoamericano y Caribeño*. Obtenido de <http://parlatino.org/documentos/>
- Perez Benedito, M. (2016). La aplicación de los gráficos radiales en el análisis contable del sector pesquero en Cataluña: Gráfico radial y análisis contable. *Revista Internacional de Economía y Gestión de las Organizaciones*, 99-128.
- Poncela Fernández, A. (junio de 2011). Antropología de las emociones y teoría. *Revista Versión Nueva Época*(26), 1-24.
- Prell, C., Hubacek, K., & Reed, M. (2009). Stakeholder analysis and social network analysis in natural resource management. *Society & Natural Resources: An International Journal* 22(6), 501 – 518.
- Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud. Consejo Federal de Salud. (2004). *Bases del Plan Federal de Salud*. Obtenido de www.remediar.gov.ar
- Pujol, M. (1995). *La Administración en Salud, una introducción para el cambio*. Editorial Macchi.
- Ramió, C. (2010, p. 7). Enfoques más relevantes de la Teoría de la Organización. En C. Ramió, *Teoría de la Organización y la Administración Pública* (pág. 7). España: Tecnos.
- Ramirez, D. (2014). Negociación exitosa. *Visión gerencial* 3 (1), 66-78.
- Rietbergen Mc Cracken, J., & Narayan, D. (1998 pp. 65-70). *Participation and Social Assessment: tools and techniques*. Washington: World Bank.

- Rivas Tovar, L. (2009). Evolución de la Teoría de la Organización. *Universidad & Empresa*, 17, 11-32.
- Santa María, M. (2008). *La negociación en situaciones desafiantes*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.
- Savage, G., Nix, T., Whitehead, C., & Blair, J. (1991). Strategies for Assessing and Managing Organizational Stakeholders. *Academy of Management Executive*, Vol. 5 No. 2, 61-75.
- Secretaría de Salud - Guía de Implantación - México. (2017). *Modelos Clínicos Terapéuticos y de Fortalecimiento de la Salud*. México DF: Secretaría de Salud.
- Senge, P. (1995). *La Quinta disciplina en la práctica*. Barcelona: Granica.
- Sialpush, M. (1999). Why do people favour alternative medicine? *Aust N Z Public Health*, 23(3), 266-271.
- Stakeholders Research Associates Canada Inc. (2005, p. 8). *From Words to Action: The Stakeholder Engagement Manual. Volume 1: The Guide to Practitioners' Perspectives on Stakeholder Engagement*. Ontario, Canada:.
- Starfield, B. L. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83(3), 457-502.
- Suarez Nuñez, T., & López Canto, L. (2010). *La Investigación en gestión y organizaciones en México*. Yucatán: Universidad de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- Suaréz, R. (2001). Reflexiones en Salud: una aproximación desde la antropología. *Universidad de los Andes*, 11-21.
- The European Business Network for Corporate Social Responsibility*. (2017). Obtenido de <http://www.csreurope.org/>: <http://www.csreurope.org/>
- Torregrosa, J., & Crespo, E. (1984). *Estudios básicos en Psicología Social*. Barcelona: Hora.

- U.S. Department of Health and Human Services N° 79. (2015). *Trends in the Use of Complementary Health Approaches Among Adults: United States, 2002–2012*. Hyattsville: National Center for Health Statistics.
- U.S. Department of Health and Human Services. (24 de Septiembre de 2017). *National Center for Complementary and Integrative Health*. Obtenido de Centro de Información del NCCIH:
<https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf>
- Unión General de Trabajadores. (2001). *Estrategia y técnicas de negociación*. Madrid: Escuela de Formación de Cuadros.
- Vergara Quintero, M. (2007). Tres concepciones históricas en el proceso salud - enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 41-50.
- Viveros, M. (1993). La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. *Revista Colombiana de Antropología*, 237-260.
- World Health Organization. (2008). *Primary Health Care: Now More Than Ever: World Health Report*. Geneva: World Health Organization.
- Zadek, S. (2005). El camino hacia la responsabilidad social corporativa. *Harvard Business Review*, 60-69.
- Zhang, A. (2006). *Complementary and Alternative Medicine. Use in Australia: A National Population-Based Study*. Melbourne: RMIT University.
- Zimmermann, A. (2000). *Gestión del cambio organizacional - caminos y herramientas*. Quito: Abya-Yala.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Matriz de Consolidación.....	42
Tabla 2 – Matriz de influencia de los stakeholders	43
Tabla 3 - Matriz de influencia - Savage	44
Tabla 4 - Modelos de Negociación.....	97
Tabla 5 - Matriz de opinión, influencia y efecto	144
Tabla 6 - Mapa de las partes interesadas	145
Tabla 7 - Matriz de consultas	147
Tabla 8 – Inventando opciones.....	166
Tabla 9 -Matriz de opinión, influencia y efecto	173
Tabla 10- Mapa de las partes interesadas (Stakeholders).....	175
<i>Tabla 11 – muestra estudiada</i>	<i>176</i>
Tabla 12 – nivel educativo de la muestra	176
Tabla 13 – segmentación por sexo de la muestra	176
Tabla 14 – Rol laboral dentro del CAPS.....	177
Tabla 15 – Resumen de procesamiento de casos.....	178
Tabla 16 – Estadísticas de fiabilidad	178
Tabla 17 - Factores.....	181

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Relación con Stakeholders.....	38
Figura 2 - Modelo de Mitchell.....	41
Figura 3 – El pentágono de las competencias emocionales	68
Figura 4 – Esquema de Gestión de Conflictos en los CAPS.....	135
Figura 5 - Enfoque de la negociación desde el círculo de valor.....	165

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Esfera del Conflicto	61
Gráfico 2 - Esfera del Conflicto CAPS Municipalidad de La Plata.....	158
Gráfico 3 - Resistencia al Cambio.....	179
Gráfico 4 – Resistencia al Cambio por Factor	180
Gráfico 5- Índice Global de Resistencia por CAPS.....	183
Gráfico 6 Resistencia al Cambio CAPS N°2.....	184
Gráfico 7 - Resistencia al Cambio CAPS N°4.....	184
Gráfico 8 - Resistencia al Cambio CAPS N° 6.....	185
Gráfico 9 - Resistencia al Cambio CAPS N°7.....	185
Gráfico 10 - Resistencia al Cambio CAPS N° 9.....	186
Gráfico 11 - Resistencia al Cambio CAPS N° 13.....	186
Gráfico 12 - Resistencia al Cambio CAPS N°15.....	187
Gráfico 13 - Resistencia al Cambio CAPS N°25.....	188
Gráfico 14 - Resistencia al Cambio CAPS N°27.....	188
Gráfico 15 - Resistencia al Cambio CAPS N° 44.....	189
Gráfico 16 - Resistencia al Cambio CAPS N° 47.....	190
Gráfico 17 – Resistencia por nivel de educación	191
Gráfico 18 – Resistencia por rango etario.....	191
Gráfico 19 – Resistencia por rol laboral.....	192
Gráfico 20 – identificación de la dimensión conflictiva	193

GLOSARIO

A

ANMAT

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología 155

APS

Atención Primaria de la Salud...15, 16, 17, 18, 19, 21, 83, 102, 138, 139, 140, 141, 142,
143, 144, 209

B

BIO

Prácticas Biomédicas..... 12, 17, 19, 132

C

CAPS

Centro de Atención Primaria de la Salud 18, 20, 137, 138, 142, 166, 167, 169, 171, 174,
175, 177, 178, 179, 180, 185, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 204, 208, 209, 210, 212,
217, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 238, 239,
240, 241, 260, 261, 262, 263, 265, 267, 268, 269, 270, 271, 274, 277, 278, 286

E

ENT

Enfermedades Crónicas No Transmisibles..... 17, 18, 19

M

MAAN

Mejor Alternativa a un Acuerdo Negociado 118

MBE

	221
Medicina Basada en Evidencia.....	154
MMH	
Modelo Médico Hegemónico	11, 12, 15, 19, 20, 95, 96, 238, 239
MTC	
Medicina Tradicional y Complementaria 7, 8, 9, 10, 20, 21, 83, 134, 147, 148, 149, 155, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 177, 178, 179, 180, 183, 196, 198, 209, 210, 212, 234, 235, 241, 260, 261, 263, 265, 267	
N	
NCCAM	
Centro Nacional de Medicina.....	148
Centro Nacional de Medicina Complementaria EE.UU.	148
NOBIO	
Prácticas No Biomédicas	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 95, 102, 147, 148, 238, 239
O	
OMS	
Organización Mundial de la Salud.....	8, 9, 15, 18, 120, 130, 134, 147, 161, 162, 163, 176
ONG	
Organización de la Sociedad Civil o No Gubernamental	9
P	
PMO	
Programa Médico Obligatorio	11
S	
SCA	
Sistemas Complejos y Adaptativos	33

U

UGA

Unidad de Gestión de Acuerdos 18, 166, 198, 203, 273

Documento Final

ANEXO I

Encuesta de Resistencia al Cambio

Se identifican como prácticas principales de MTC a: Pilates, danza terapia, Reiki, alimentos orgánicos, suplementos dietéticos, medicamentos herbolarios (fitoterapia), acupuntura, homeopatía, reflexología y masajes, Yoga, meditación, Mindfulness, Qi gong, Tai chi, etc. (U.S. Department of Health and Human Services, 2017)

Factores individuales asociados al querer/sentir/desear

El objetivo de esta sección es obtener información acerca del nivel de presencia de un conjunto de cualidades (caracteres o rasgos de la personalidad) en función del baremo desarrollado. Se trata de un diagnóstico de los sentimientos y deseos con respecto al proceso de cambio organizacional por la posible incorporación de las MTC al CAPS.

¿Se siente seguro/confiado en su rol laboral por la posible incorporación de MTC al CAPS?

1. Estoy muy seguro y Confiado
2. Me siento Seguro (tengo Confianza)
3. No me siento Seguro
4. Poseo Algunas dudas (no confío del todo)
5. Poseo muchas dudas (tengo Desconfianza)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Cómo observa usted que se incorporen prácticas de MTC al CAPS?

1. Es muy favorable (no puede ser mejor)
2. Parece favorable (es muy bueno)
3. Es lo normal (ni bueno ni malo)
4. No Parece favorable (no sé si es bueno)

5. Es desfavorable (es muy malo)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Si hubiera cambios en su sector, ¿cuál es su comportamiento al respecto?

1. Me adapto (me encanta lo nuevo)
2. Me adapto medianamente
3. Me conformo con lo que pase
4. Me cuesta adaptarme
5. Definitivamente no me adapto

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Cuál es su posición al respecto de incorporar MTC al CAPS?

1. Es muy necesario y útil
2. Es relativamente necesario y útil
3. No es urgente
4. No me parece muy necesario
5. Es absolutamente innecesario o inútil

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Qué grado de involucramiento siente si lo convoca un agente a participar y contribuir?

1. Yo voy quiero participar y contribuir
2. Yo trataré de participar y de contribuir
3. Simplemente no evalúo mi participación

4. No creo que pueda participar ni contribuir
5. Definitivamente no participaré (no hago falta)

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Diagnóstico de Factores asociados a la organización

El objetivo de esta sección es obtener información acerca de la percepción del individuo acerca de las características de algunos elementos o factores organizacionales, en función de su contribución o adecuación a los procesos de cambio en la organización.

¿Cómo considera el proceso de comunicación de CAPS?

1. Muy adecuada y efectiva (favorece mucho al cambio)
2. Adecuada (muy buena y favorece al cambio)
3. Normal (no favorece especialmente)
4. Poco adecuada (no se comparte del todo)
5. Inadecuada (ineficiente)

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Cómo percibe el clima organizacional, si ocurriera la incorporación de las MTC al

CAPS?

1. Muy favorable
2. Favorable
3. Normal (no favorece especialmente)
4. Algo desfavorable
5. Totalmente desfavorable

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Qué tan flexible es la organización respecto a la aplicación de leyes y normativas?

1. Muy flexible (se aprecian las nuevas formas)
2. Flexible (no les teme a las nuevas formas)
3. Normalmente flexible (tiene algunas normas que cumplir)
4. Algo inflexible (muchas normas a cumplir)
5. Inflexible (actitud legalista)

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Cuál es el reconocimiento que usted les otorga a los responsables del CAPS?

1. Los líderes son plenamente aceptados
2. Hay bastante aceptación hacia los líderes
3. Son normalmente aceptados
4. Los líderes gozan de poca aceptación
5. Los líderes no gozan de ninguna aceptación

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Cómo observa que se predispone el Entorno/ Contexto a un proceso de cambio?

1. No ofrece dificultades (favorece totalmente)
2. Posee pocas dificultades (favorece al cambio)
3. Normal (no favorece ni desfavorece)
4. Ofrece algunas dificultades (no favorece mucho)
5. Ofrece muchas dificultades (desfavorece el cambio)

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Ha experimentado en este u otros ámbitos experiencias de cambios organizacionales?

1. Muchas experiencias (positivas)
2. Bastantes experiencias (la mayoría positivas)
3. Algunas experiencias (buenas y malas)
4. Pocas experiencias (la mayoría negativas)
5. Ninguna Experiencia (sólo negativas)

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Factores organizacionales asociados a los otros involucrados

El objetivo de esta sección es obtener información acerca de la percepción del individuo acerca de las características de los otros involucrados en el proyecto, atendiendo a sus conocimientos, habilidades, competencias, responsabilidades y compromiso, todo ello en función del logro de los objetivos asociados al proceso de cambio.

Autoridades de la Organización (Dirección de Salud)

¿Considera que las autoridades cuentan con los conocimientos, habilidades y competencias necesarias al realizar su labor?

1. Excelente (muy competente)
2. Muy bueno (competente)
3. Normal (conoce)
4. Con fallas (le faltan competencias)
5. Son inadecuados (no conocen /saben)

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Considera que las autoridades desean que se produzcan cambios en la organización a partir de la incorporación de las MTC a los CAPS?

1. Lo quieren / desean profundamente
2. Lo quieren / desean con alguna intensidad
3. No les interesa (le da igual)
4. No lo quieren / desea
5. Lo atacan o impiden

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Ve a las autoridades con responsabilidad e involucradas para realizar procesos de cambio?

1. Poseen una visión global y valora el cambio
2. Comprenden el alcance y se esfuerza por cumplir
3. Comprenden parcialmente e intenta hacer lo necesario
4. Comprenden poco y hace poco
5. No comprenden ni cumplen

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Siente que las autoridades están comprometidas con la organización?

1. Conocen cabalmente y se identifican totalmente
2. Comparten y se identifican mucho
3. Conocen y se identifican medianamente
4. Conocen, pero no se identifican del todo
5. No conocen ni se identifican

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Características Asociadas a los Agentes Sanitarios

¿Cómo considera el desempeño del agente sanitario de su CAPS respecto a sus conocimientos, habilidades y competencias?

1. Excelente (muy competente)
2. Muy bueno (competente)
3. Normal (conoce)
4. Puede tener fallas (le faltan competencias)
5. No puede opinar al respecto (no conoce /sabe)

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Considera que los agentes sanitarios desean la incorporación de las MTC a los CAPS?

1. Lo quiere / desea profundamente
2. Lo quiere / desea con alguna intensidad
3. No le interesa (le da igual)
4. No lo quiere / desea
5. Ataca o impide que se produzca

1					2					3					4					5				
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Considera que los agentes sanitarios deben tener la responsabilidad e involucrarse en el proceso de cambio?

1. Debe poseer una visión global y valora el cambio

2. Debe comprender el alcance y se esfuerza por cumplir
3. Necesita solo comprender parcialmente e intenta hacer lo necesario
4. Solo debe comprender poco y hacer poco
5. No importa si comprende

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Siente que los agentes sanitarios se encuentran comprometidos con la organización?

1. Conocen cabalmente y se identifican totalmente
2. Comparten y se identifican mucho
3. Conocen y se identifican medianamente
4. Conocen, pero no se identifican del todo
5. No conocen ni se identifican

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Factores organizacionales asociados a Proyectos

El objetivo de esta sección es obtener información acerca de la percepción del individuo acerca de las características de proyectos para lograr el cambio organizacional.

¿Considera efectivo el Proceso de toma de decisiones en los CAPS?

1. Muy satisfactorio (excelente / optimo)
2. Satisfactorio (adecuado)
3. Relativamente satisfactorio (probablemente bueno)
4. Poco satisfactorio (medianamente adecuado / regular)
5. Nada satisfactorio (inadecuado/ incorrecto / ineficiente)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Cómo observa el Diagnóstico de la situación actual?

1. Muy satisfactorio (excelente / optimo)
2. Satisfactorio (adecuado)
3. Relativamente satisfactorio (probablemente bueno)
4. Poco satisfactorio (medianamente adecuado / regular)
5. Nada satisfactorio (inadecuado/ incorrecto / ineficiente)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Cómo observa el Proceso de planificación en el CAPS?

1. Muy satisfactorio (excelente / optimo)
2. Satisfactorio (adecuado)
3. Relativamente satisfactorio (probablemente bueno)
4. Poco satisfactorio (medianamente adecuado / regular)
5. Nada satisfactorio (inadecuado/ incorrecto / ineficiente)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Considera adecuado la conformación del equipo de trabajo del CAPS?

1. Muy satisfactorio (excelente / optimo)
2. Satisfactorio (adecuado)
3. Relativamente satisfactorio (probablemente bueno)
4. Poco satisfactorio (medianamente adecuado / regular)
5. Nada satisfactorio (inadecuado/ incorrecto / ineficiente)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Existe para usted un Proceso de seguimiento y control de las actividades del CAPS?

1. Muy satisfactorio (excelente / optimo)
2. Satisfactorio (adecuado)
3. Relativamente satisfactorio (probablemente bueno)
4. Poco satisfactorio (medianamente adecuado / regular)
5. Nada satisfactorio (inadecuado/ incorrecto / ineficiente)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Identifica algún Proceso de evaluación que realiza el CAPS?

1. Muy satisfactorio (excelente / optimo)
2. Satisfactorio (adecuado)
3. Relativamente satisfactorio (probablemente bueno)
4. Poco satisfactorio (medianamente adecuado / regular)
5. Nada satisfactorio (inadecuado/ incorrecto / ineficiente)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Cómo interpreta al Proceso utilizado en la comunicación en el CAPS?

1. Muy satisfactorio (excelente / optimo)
2. Satisfactorio (adecuado)
3. Relativamente satisfactorio (probablemente bueno)
4. Poco satisfactorio (medianamente adecuado / regular)
5. Nada satisfactorio (inadecuado/ incorrecto / ineficiente)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Existe a su conocimiento algún Proceso de formación y capacitación?

1. Muy satisfactorio (excelente / optimo)
2. Satisfactorio (adecuado)

3. Relativamente satisfactorio (probablemente bueno)
4. Poco satisfactorio (medianamente adecuado / regular)
5. Nada satisfactorio (inadecuado/ incorrecto / ineficiente)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

¿Considera que estos cambios propuestos ayudaran al CAPS?

1. Muy satisfactorio (excelente / optimo)
2. Satisfactorio (adecuado)
3. Relativamente satisfactorio (probablemente bueno)
4. Poco satisfactorio (medianamente adecuado / regular)
5. Nada satisfactorio (inadecuado/ incorrecto / ineficiente)

1				2				3				4				5								
-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ANEXO II

Protocolo de Gestión de Conflictos

UNIDAD DE GESTIÓN DE ACUERDOS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS DE CONFLICTOS EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD DE LA MUNICIPALIDAD..... PROVINCIA DE BUENOS AIRES			
SECRETARIA DE SALUD DE.....				
Fecha emisión:	Fecha revisión:	Ref.: PSP 18	Núm. Rev: 0	Página 1 de ..
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE SITUACIONES DE CONFLICTO EN EL AMBITO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD				
REVISIÓN	FECHA	HOJA / S	MOTIVO CAMBIO	
Realizado por: Grupo de Trabajo designado por el Secretaria de Salud de.... Fecha y firma: Diciembre 2018	Aprobado por: Comité de y Salud Fecha y firma: 20 Diciembre 2018	VºBº: Comité de y Salud Fecha y firmas: Diciembre 2018		

ÍNDICE

- 1.- INTRODUCCION
 - 2.- AMBITO DE APLICACIÓN
 - 3.- NORMATIVA APLICABLE
 - 4.-OBJETO
 - 5.- DEFINICIONES
 - 6.- PRINCIPIOS DE ACTUACION
 - 7.- COMISION DE CONFLICTOS
 - 8.- DESARROLLO. PROTOCOLO DE ACTUACION
 - 9.- PROCEDIMIENTO DE MEDIACION
 - 10.-SEGUIMIENTO Y FINALIZACION DEL PROCEDIMIENTO
 - 11.-REVISION
- ANEXOS

1. - INTRODUCCIÓN

El respeto a las personas es uno de los principios básicos en el que se sustenta la actividad de la Unidad de Gestión de Acuerdos (UGA), sin embargo, hay ocasiones en que determinados comportamientos alteran las relaciones de trabajo y pueden llegar a producir situaciones de conflicto debido a la incorporación de las Medicinas Tradicional y Complementaria a los Centros de Atención Primaria de la Salud, con afectación de las personas, ambiente de trabajo o aparición de acosos moral.

El conflicto es la parte visible de situaciones de violencia interna que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos mandos intermedios y superiores.

Debe ser considerado como un riesgo psicosocial, que supone un peligro importante para la salud y la seguridad de las personas, teniendo repercusiones organizacionales de forma directa e indirecta.

En el abordaje de los conflictos, debe aplicarse principios de la acción preventiva, a la vez que, permita adoptar estrategias de actuaciones dirigidas a la prevención del fenómeno.

Es conveniente el desarrollo e implementación en las organizaciones de una política de prevención de violencia interna, de carácter integral e integrado, que involucre a toda la organización. Orientada a lograr entornos de trabajo más saludables y con enfoque centrado en los factores organizativos y psicosociales.

Es creciente el número de demandas de trabajadores/as de la administración pública, que refieren situaciones que describen como conflictos interpersonales en el ámbito de trabajo. Esta circunstancia plantea la necesidad de disponer de herramientas que permitan analizar y abordar esta situación, garantizando un tratamiento objetivo, eficaz y confidencial del problema, así como, la no represalia para todos los que intervienen en el proceso. Todo ello cumpliendo los plazos establecidos.

En este sentido, el presente protocolo tiene una perspectiva esencialmente preventiva y de actuación en la fase más precoz de los problemas.

El presente protocolo no goza de naturaleza punitiva, sino que va dirigido a la prevención de conflictos en el ámbito laboral con el fin de evitar los riesgos psicosociales en el trabajo. Aboga por la persuasión, conciliación, mediación y negociación como método de resolución del conflicto.

2.- AMBITO DE APLICACIÓN

Este procedimiento será de aplicación a todos los trabajadores de los CAPS, que planteen la existencia de hechos que puedan enmarcarse dentro del concepto de conflicto laboral.

En el caso de que se produjera una situación de este tipo, se abordará siguiendo las recomendaciones del presente protocolo.

3.- NORMATIVA APLICABLE

- Ley N° 24.557/95 Prevención de los riesgos del trabajo. (LRT)
- Ley N° 6769/58 – Orgánica de Municipalidades – Provincia de Buenos Aires
- Ley N° 14656/15 - Empleados Municipales de la Provincia de Buenos Aires
- Estrategia Mundial 2014 -2023 – Organización Mundial de la Salud

4.- OBJETO

- 4.1. Establecer un sistema de identificación y resolución de conflictos laborales en el ámbito de los CAPS.
- 4.2. Garantizar un proceso objetivo, eficaz y confidencial para las partes actoras en el conflicto, en el plazo establecido.
- 4.3. Proponer las medidas preventivas más adecuadas en cada caso, para la resolución de la problemática laboral detectada, y prevenir o evitar posibles conductas de acoso en el trabajo.

5.- DEFINICIONES

Conflicto laboral: Situación entre dos o más personas o grupos de personas en el ámbito del trabajo, donde se ha generado por un desacuerdo producto de una incompatibilidad de objetivos, recursos, expectativas, percepciones o valores. Interfiere en el funcionamiento normal de los procesos de la organización. Pueden generar situaciones de ansiedad, que no suelen suponer merma en la capacidad del sujeto.

Acoso laboral: Comportamiento negativo entre compañeros o superiores o inferiores jerárquicos, a causa del cual, el afectado/a es objeto de acoso y ataques sistemáticos, durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o varias personas, con el objetivo o el efecto de hacerle el vacío.

Demandante: Persona o grupo de personas que se sienten afectadas por una situación determinada en su entorno de trabajo y que puede enmarcarse en el concepto de conflicto laboral.

Demandado: Persona o grupo de personas que, a criterio del demandante, originan la situación de conflicto en su entorno de trabajo.

Unidad de Gestión de Acuerdos: Grupo de personas, con capacidad profesional, designadas específicamente, que será la encargada de la tramitación del procedimiento hasta su resolución.

Agente Sanitario: Personas designadas por la Unidad de Gestión de Acuerdos para mediar en la fase de resolución del conflicto.

6.- PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

Respeto y protección a las personas. Todos los trabajadores tienen derecho a un entorno laboral libre de conductas y comportamientos hostiles o intimidatorios hacia su persona, entorno laboral que tiene que garantizar su dignidad, así como su integridad física y moral. Las actuaciones deben realizarse con la mayor prudencia y con el debido respeto a todas las personas implicadas, que en ningún caso podrán recibir un trato desfavorable por este motivo.

Con carácter prioritario se deberán adoptar las medidas que se estime pertinentes para garantizar el derecho a la protección de la salud de los trabajadores afectados.

Carácter preventivo. Este protocolo no goza de naturaleza punitiva, sino que tiene un carácter plenamente preventivo y se encuadra en el tratamiento que de los riesgos es necesario llevar a cabo en el marco de las leyes de pertinencia. Es por esto, que las medidas van encaminadas a eliminar el riesgo, evaluar y establecer medidas correctoras adecuadas al riesgo tal como se establece en los principios de la actividad preventiva. Es, por lo tanto, independiente del régimen disciplinario que se pueda concluir y no debe impedir en ningún caso la utilización por parte de las personas implicadas de las acciones administrativas o judiciales previstas en la ley.

Confidencialidad de los datos. Las personas que intervengan en el procedimiento tienen obligación de guardar una estricta confidencialidad y reserva y no deben transmitir ni divulgar información sobre el contenido de las denuncias presentadas o en proceso de investigación. La información generada y aportada por las actuaciones en la aplicación de este protocolo tendrá carácter confidencial y sólo será accesible para el personal que intervenga directamente en su tramitación.

Criterios a tener en cuenta en el proceso de investigación. Se deben investigar hechos, no apreciaciones. Se deben evitar juicios previos. El trato al demandante, demandado y los diferentes testigos debe ser lo más delicado posible, teniendo en cuenta que puede estar comprometido su estado psicológico. Todos los testigos o personas a las que se solicite testimonio para el proceso deben ser informados previamente sobre el

asunto para el cual se les solicita colaboración, así como del carácter voluntario y confidencial de la misma. Se garantizará una audiencia imparcial y un tratamiento justo para todas las personas afectadas, buscando de buena fe la verdad y el esclarecimiento de los hechos denunciados.

Diligencia. La investigación y la resolución sobre la conducta denunciada deben ser realizadas sin demoras indebidas, de forma que el procedimiento pueda ser completado en el menor tiempo posible respetando las garantías debidas.

Prohibición de represalias. Deben prohibirse expresamente las represalias contra las personas que efectúen una denuncia, comparezcan como testigos o participen en una investigación de conflicto laboral, siempre que hayan actuado de buena fe.

7.- UNIDAD DE GESTION DE ACUERDOS

7.1 COMPOSICIÓN

La Comisión de resolución de conflictos laborales estará formada por:

- Coordinador de la Unidad
- Mediadores que integran la Unidad
- Agentes sanitarios de los CAPS

Se podrán designar como miembros asesores a otros profesionales expertos en temas jurídicos o en aquellos otros aspectos que se consideren necesarios para el correcto desarrollo de sus actuaciones.

7.2 FUNCIONES

- Fomentar la cultura preventiva de la organización frente a la proliferación de conflictos con medidas proactivas como la elaboración e implementación de un Código de Buenas Prácticas de convivencia que incluya el compromiso de la Dirección.
- Análisis de la situación actual de la organización respecto a la violencia para lo que contará con la evaluación de factores psicosociales.
- Detección temprana del riesgo de violencia interna.

- Implementación del protocolo de gestión y resolución interna de conflictos que abarque no solo casos graves sino también los de interés diverso.
- Garantizar medidas de apoyo, atención y reintegración de los trabajadores afectados por las situaciones de conflicto.

La Unidad de Gestión de Acuerdos se reunirá con carácter general una vez al año para analizar e impulsar las actividades preventivas frente a la violencia interna y se constituirá, cuantas veces sea necesario, para la aplicación del protocolo de actuación ante un conflicto.

8.- DESARROLLO

8.1 FASE INICIAL: DETECCIÓN DEL CONFLICTO E INICIO DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento se iniciará a partir de la presentación de un escrito suscrito por la persona o grupo de personas presuntamente afectadas (demandante) mediante el cual comunican la existencia de unos hechos que pueden enmarcarse en una situación de conflicto laboral.

¿Quién lo notifica?

- El propio trabajador afectado o
- Compañeros, mandos del trabajador, delegados de prevención, L...

¿Cómo se notifica?

Sólo se aceptarán notificaciones por escrito

Se utilizará el modelo de formulario específico (Anexo A) cumplimentando necesariamente los datos del trabajador/trabajadores afectado/s, una descripción de los hechos referentes al conflicto y la firma de la/s persona/s que lo notifica/n.

¿A quién se dirige?

- A la Dirección de Gestión de Personal o
- A la Unidad de Gestión de Acuerdos

En todo caso se pondrá en conocimiento de la dirección de personal, quien informará a todas las partes implicadas (demandante, demandado, miembros de la Comisión de resolución de Conflictos) del inicio del procedimiento, mediante la aplicación del presente protocolo.

8.2 INVESTIGACION DE LOS HECHOS

La necesidad de llevar a cabo una investigación de los hechos denunciados será valorada por la Unidad de Gestión de Acuerdos.

En el caso de que se decida iniciar el procedimiento, la Dirección de Gestión de Personal emitirá una orden por escrito designando a la persona/grupo de personas que deban realizarla, a quien/es se les remitirán, junto a la petición de inicio de la investigación de los hechos, los antecedentes del caso con copia de toda la documentación existente en relación al conflicto.

8.2.1 Características de la persona encargada de la investigación inicial:

La/s persona/s encargada/s de recoger todos los datos necesarios para valorar un conflicto surgido en una organización podrá/n formar parte de la organización o ser un tercero acordado por el Unidad de Gestión de Acuerdos. Preferentemente esta designación recaerá sobre un Agente Sanitario del CAPS, y deberá reunir las siguientes características:

Conocer el contexto - Conocer el procedimiento

- Habilidades y herramientas:

- 1) Comunicación:
 - a. Escucha activa
 - b. Mostrar interés
 - c. Empatía
- 2) Técnicas de asertividad
- 3) Técnicas de Gestión Emocional
- 4) Técnicas de Negociación
- 5) Re encuadre
- 6) Clima de confianza

- Conocer el Código de buenas prácticas de la institución y las posibilidades de implementación de medidas de apoyo, atención y reintegración de los trabajadores afectados por una situación de conflicto (violencia) - Formación del investigador en resolución de conflictos.

8.2.2 Garantías del procedimiento de investigación:

El procedimiento de investigación comprenderá todas aquellas actuaciones necesarias para recabar la información necesaria para poder efectuar una valoración del caso, incluidas entrevistas a los implicados, garantizándose en su aplicación los principios definidos en el punto 6.

8.2.3 Información inicial a los implicados:

Previamente a las entrevistas se facilitará una información inicial a las partes sobre la aplicación del protocolo y los objetivos del procedimiento:

- Informar sobre el interés de la organización en la resolución/ mediación del conflicto.
- Dejar claro la conveniencia de la mediación.
- Informar sobre las diferencias con un proceso legal (ante juzgado), dejar claro las características del proceso

Se recabará el consentimiento informado por escrito a los entrevistados y, si lo solicitan expresamente, podrán estar acompañados por un delegado de prevención.

8.2.4 Características de las entrevistas:

El objetivo de las entrevistas será:

1. Identificar la situación de conflicto.
2. Aclarar el contenido del conflicto.
3. Recoger los datos/documentación necesarios para el completo conocimiento del contexto.
4. Evaluar la magnitud del problema.
5. Valorar la derivación del caso a profesionales especializados o RRHH.

En el desarrollo de la entrevista se tendrán en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Claridad:

Lenguaje comprensible.

Sin abreviaturas, si se aplica cuestionario escrito.

- Preguntas abiertas (no dirigir)

¿Qué molesta?

¿Por qué?

- Que sirva para situarnos en el contexto

Conocer el conflicto (en qué consiste).

Reconducir hasta un marco común con una expresión consensuada del conflicto.

Parfrasear (escuchar y resumir de forma simplificada lo que se expone)

No opiniones.

- Errores frecuentes a evitar

No realizar Diagnósticos ni aseveraciones.

No tratar de arreglar nada en esta fase.

No tomar parte en el conflicto.

No ser imparciales.

- Condiciones necesarias

Tiempo:

Agilidad, pero no premura.

Valoración inicial en no más de 15 días.

Acceso a las partes. Acceso al lugar del conflicto Acceso a la información:

Información si la hubiera de conflictos previos

Evaluación de factores psicosociales si la hubiera

8.2.5 Informe de la investigación:

En un plazo máximo de 15 días desde que se notificó el conflicto la persona/grupo de personas encargadas de la misma emitirán un informe con la valoración inicial de los hechos constatados, en el que se recogerán:

- Descripción del caso
- Las actuaciones practicadas
- Hechos constatados
- Conclusiones
- Propuestas/mejoras que se derivan de las mismas

El informe se remitirá a la Dirección de Gestión de Personal o al órgano que emitió la petición de realizar la investigación y será trasladado al Unidad de Gestión de Acuerdos que se reunirá para analizarlo y tomar las decisiones oportunas.

8.3 VALORACION POR LA COMISION DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

De acuerdo con el informe de investigación de los hechos la Unidad de Gestión de Acuerdos determinará las actuaciones a seguir:

- Archivo de la solicitud, cuando no se objetiven indicios suficientes para calificar los hechos de conflicto laboral o bien, cuando por actuaciones previas se pueda dar por resuelto el contenido de la denuncia.
- Derivación a otras instancias, si del análisis del caso se dedujera la comisión de alguna falta disciplinaria tipificada en la normativa correspondiente
- Adopción de medidas organizativas, si del referido informe se detectasen situaciones de riesgo psicosocial, excluido el conflicto laboral, se aplicarán las medidas correctoras que aconseje el informe de valoración inicial, si procede.
- Procedimiento de mediación, si del referido informe se dedujese que se trata de un conflicto de carácter interpersonal se activarán los mecanismos de resolución de conflictos interpersonales que se señalan en este procedimiento.
- Si en el desarrollo de la investigación se sospechara una posible psicopatología de alguna de las partes implicadas (demandante, demandado) el nivel jerár-

quico superior derivará al trabajador afectado para su valoración por un especialista de Salud Mental. Tal situación será obligatoria, si se establecen las circunstancias consideradas por la ley de prevención de riesgos del trabajo.

9.- PROCEDIMIENTO DE MEDIACION

La mediación es un proceso informal en el cual un tercero neutral ayuda a personas en conflicto a solucionar su controversia de manera mutuamente satisfactoria.

Para ello, intervendrá la Unidad de Gestión de Acuerdos y de manera ágil y dialogada, de forma confidencial, intervendrá en la resolución de conflictos. Uno de los mediadores designados será el Agente Sanitario, que asumirá la coordinación del equipo mediador.

9.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MEDIACIÓN:

- Voluntaria entre las partes.
- El mediador no tomará decisiones, las personas implicadas son las que llegan a la solución del conflicto, el mediador es el facilitador.
- El procedimiento será confidencial.
- Por el carácter no obligatorio y confidencial, entraña un riesgo mínimo para las partes y genera beneficios.

9.2 CARACTERÍSTICAS DEL MEDIADOR:

- El perfil profesional de un mediador debe destacar capacidades interpersonales, de escucha, actitudes que inspiren confianza y respeto, así como ser reconocido por su imparcialidad y confidencialidad y tolerancia.
- El mediador sugiere, recomienda, persuade, orienta, asesora.
- No impone, no decide, no juzga...
- Asumir un papel de ayuda y apoyo tanto a trabajadores como a la dirección frente al problema.
- Adoptar un compromiso para realizar todas las gestiones oportunas, poniendo en marcha las medidas y trámites pertinentes.

9.3 HERRAMIENTAS PARA LA MEDIACIÓN:

- Escucha activa, empatía, identificaremos qué ha pasado, cómo afecta, cómo ven el problema las dos partes, cuáles son sus necesidades e intereses.
- Saber formular las preguntas, deben ser pertinentes y oportunas.

9.4 FASES DE LA MEDIACIÓN:

1. Preparación.
2. Presentación y reglas del juego, cómo va a ser el proceso, reglas a seguir y papel del mediador.
3. Relatar el problema, contar cada uno su versión.
4. Aclarar el problema.
5. Proponer soluciones.
6. Llegar a un acuerdo.

El equipo de mediación llevará a cabo las reuniones y actividades que considere oportunas, poniendo en marcha las medidas y trámites pertinentes, buscando la resolución del conflicto de la manera más sencilla y rápida posible.

Al finalizar el proceso emitirá informe de resolución del proceso de mediación que dirigirá a la comisión que le designó.

Cuando el resultado haya sido satisfactorio para las partes implicadas, se procederá a realizar un seguimiento de los acuerdos en los plazos que hayan sido pactados con las partes y reflejados en el informe.

Si a los 6 meses de los hechos el conflicto ha desaparecido, normalizándose la situación, se dará por concluido el proceso.

El éxito en esta fase radica en la rapidez y sencillez de las gestiones, garantizando una total confidencialidad y la igualdad de trato entre las partes implicadas.

10. SEGUIMIENTO Y FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS INTERPERSONALES

10.1 INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Del desarrollo del presente procedimiento, se dará cuenta en la Unidad de Gestión de Acuerdos.

10.2 PLAZOS DEL PROCEDIMIENTO:

Las actuaciones del presente procedimiento se mantendrán siempre que sea posible dentro de los siguientes plazos, que se podrán ampliar por causa justificada.

Desde la solicitud escrita a la constitución de la Comisión de Resolución de Conflictos: 5 días. Proceso de investigación 15 días

Tiempo total entre la solicitud escrita y el informe de propuesta de medidas 3 meses.

Proceso de mediación 1 a 3 meses.

10.3 PARALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Dado el caso que se tomara conocimiento de la existencia de un proceso judicial sobre los hechos relativos al conflicto, se paralizará la aplicación de este procedimiento hasta la resolución judicial.

11. REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Cuando transcurra un año de la entrada en vigor del procedimiento, y con una periodicidad anual, el grupo de trabajo que elaboró el mismo se reunirá para la evaluación del mismo, pudiéndose desprender de dicha evaluación la continuidad o modificación del mismo.

Anexo A. Modelo de notificación de conflicto en el ámbito laboral

DATOS PERSONALES

..... DNI

TELEFONO DE CONTACTO.....

DATOS PROFESIONALES

CATEGORIA PROFESIONAL..... PUESTO DE TRABAJO.....

CENTRO DE TRABAJO Nº

DESCRIPCION DE LOS HECHOS

[Empty rectangular box for description of facts]

DOCUMENTACION ANEXA

.....
.....
.....

SOLICITO EL INICIO DEL PROTOCOLO DE ACTUACION FRENTE A UN CONFLICTO EN EL AMBITO LABORAL DEL SERIS

FECHA Y FIRMA

Anexo B. Consentimiento informado

Nombres y apellidos

DNI..... manifiesto que he sido informado de las actuaciones que integran el protocolo de actuación en casos de conflicto interpersonales en el Servicio del CAPS Nº y doy mi consentimiento para que las personas encargadas de su aplicación sean informadas de cuantos datos sean necesarios para investigar los hechos en lo que a mi actuación profesional respecta en relación al caso investigado; habiendo sido informado, asimismo, de que esta información será tratada de forma confidencial no pudiendo comunicarlos ni transmitirlos a otras personas ajenas a este procedimiento

En, a.....

Firma,

Anexo C: Modelo de Entrevista a las partes

A. Fecha de Inicio __/__/__

B. Fecha de cierre __/__/__

C. Datos del trabajador o grupo que sufre el conflicto

- Nombre y apellidos

.....

- Centro de Trabajo

.....

- Puesto de Trabajo

.....

- Teléfono/extensión

- Edad..... Sexo.....

- Nivel de estudios

.....

- Puestos de Trabajo anteriores

.....

.....

.....

- Descripción del puesto de trabajo

.....

.....

.....

Antigüedad.....años

D. Datos del trabajador o grupo con el que se relaciona el conflicto

- Nombre y apellidos

.....

- Centro de Trabajo
.....
- Puesto de Trabajo
.....
- Teléfono/extensión
- Edad..... Sexo.....
- Nivel de estudios
.....
- Puestos de Trabajo anteriores
.....
.....
.....
.....
- Descripción del puesto de trabajo
.....
.....
.....
- Antigüedad.....años

E. Relación jerárquica (en la organización) Entre los implicados

- Superior en la organización
- Compañero
- Personal a cargo
- Personal de apoyo

F. Descripción breve del conflicto

.....

G. Documentos aportados, Pruebas

.....
.....
.....
.....
.....

H. Cuestionarios, Test

.....
.....
.....
.....
.....
...

Parte demandante

Descripción del conflicto por parte del demandante (cuéntame)

A. Definición del problema

- a. ¿Quién?.....
.....
- b. ¿Cómo?.....
.....
- c. ¿Cuándo?.....
.....
- d. ¿Cómo trató de resolverlo?
.....
.....

B. Testigos o personas afectadas

.....
.....
.....
.....

C. Relación psicosocial, tipo de comunicación, entre las personas o elementos que protagonizan el conflicto

- a. Amable
- b. Indiferente o inexistente
- c. Evitación
- d. Agresiva

D. Valores presentes y recursos con los que se dispone para afrontarlos.

- a. Reuniones de Servicio
.....
- b. Grupos de Trabajo
.....
- c. Material o Herramientas
.....
.....

E. Actitudes o predisposición que tiene el sujeto al proceso de Mediación a. Positiva

- b. Negativa
- c. Indiferente

F. Sentimiento vs consecuencias que le evocan a la persona

1. Animo deprimido
2. Sintomatología ansiosa
3. Síntomas de estrés postraumático
 - Re experimentación
 - Evitación
 - Activación
4. Baja autoestima
5. Afectación laboral

- Dependencia
- Duda en la toma de decisiones
- Errores
- Accidentes de trabajo
- Baja productividad

6. Afectación de otras áreas

- Social
- Familiar/pareja

7. Otras.....
.....

G. Evaluación que realiza del mismo

.....
.....
.....

H. Conducta o comportamiento que manifiestan las partes

.....
.....
.....

I. Ambiente de trabajo (a consecuencia del conflicto)

- a. Malo
- b. Bueno
- c. No influye

J. Enfermedades Diagnosticadas (relacionadas con el conflicto)

.....
.....
.....
.....

K. Tratamientos o intervención de otros profesionales

- a. Psiquiatría
- b. Psicología
- c. Otros
- d. Asociaciones

Descripción

.....

.....

.....

L. Bajas Laborales Relacionadas con el conflicto

- SI (número y duración)

.....

- NO

M. Creencias Respecto al problema

i. Explicaciones causales

.....

.....

.....

ii. Probables soluciones

.....

.....

.....

Parte demandada

Descripción del conflicto por parte del demandado

N. Definición del problema

- a. ¿Quién?.....
-¿Cóm

o?.....

b. ¿Cuándo?.....

c. ¿Cómo trató de resolverlo?

O. Testigos o personas afectadas

P. Relación psicosocial, tipo de comunicación, entre las personas o elementos que protagonizan el conflicto

- a. Amable
- b. Indiferente o inexistente
- c. Evitación
- d. Agresiva

Valores presentes y recursos con los que se dispone para afrontarlos.

- a. Reuniones de Servicio

- b. Grupos de Trabajo

- c. Material o Herramientas

- Q. Actitudes o predisposición que tiene el sujeto al proceso de Mediación
- a. Positiva
 - b. Negativa

C. Indiferente

R. Sentimiento vs consecuencias que le evocan a la persona

8. Animo deprimido

9. Sintomatología ansiosa

10. Síntomas de estrés postraumático

- Re experimentación
- Evitación
- Activación

11. Baja autoestima

12. Afectación laboral

- Dependencia
- Duda en la toma de decisiones
- Errores
- Accidentes de trabajo
- Baja productividad

13. Afectación de otras áreas

-
- Social
- Familiar/pareja

14. Otras.

.....

.....

T. Evaluación que realiza del mismo

.....
.....
.....
.....

U. Conducta o comportamiento que manifiestan las partes

.....
.....
.....
.....

V. Ambiente de trabajo (a consecuencia del conflicto)

- a. Malo
- b. Bueno
- c. No influye

W. Enfermedades Diagnosticadas (relacionadas con el conflicto)

.....
.....
.....
.....
.....

X. Tratamientos o intervención de otros profesionales

- a. Psiquiatría
- b. Psicología
- c. Otros
- d. Asociaciones

Descripción

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Y. Bajas Laborales Relacionadas con el conflicto

- SI (número y duración)

.....

- NO

Z. Creencias Respecto al problema

i. Explicaciones causales

.....
.....
.....
.....

ii. Probables soluciones

.....
.....
.....
.....

Entrevista a testigos

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Anexo D: Informe de valoración por parte del investigador

Descripción del caso

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Actuaciones realizadas:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hechos constatados:

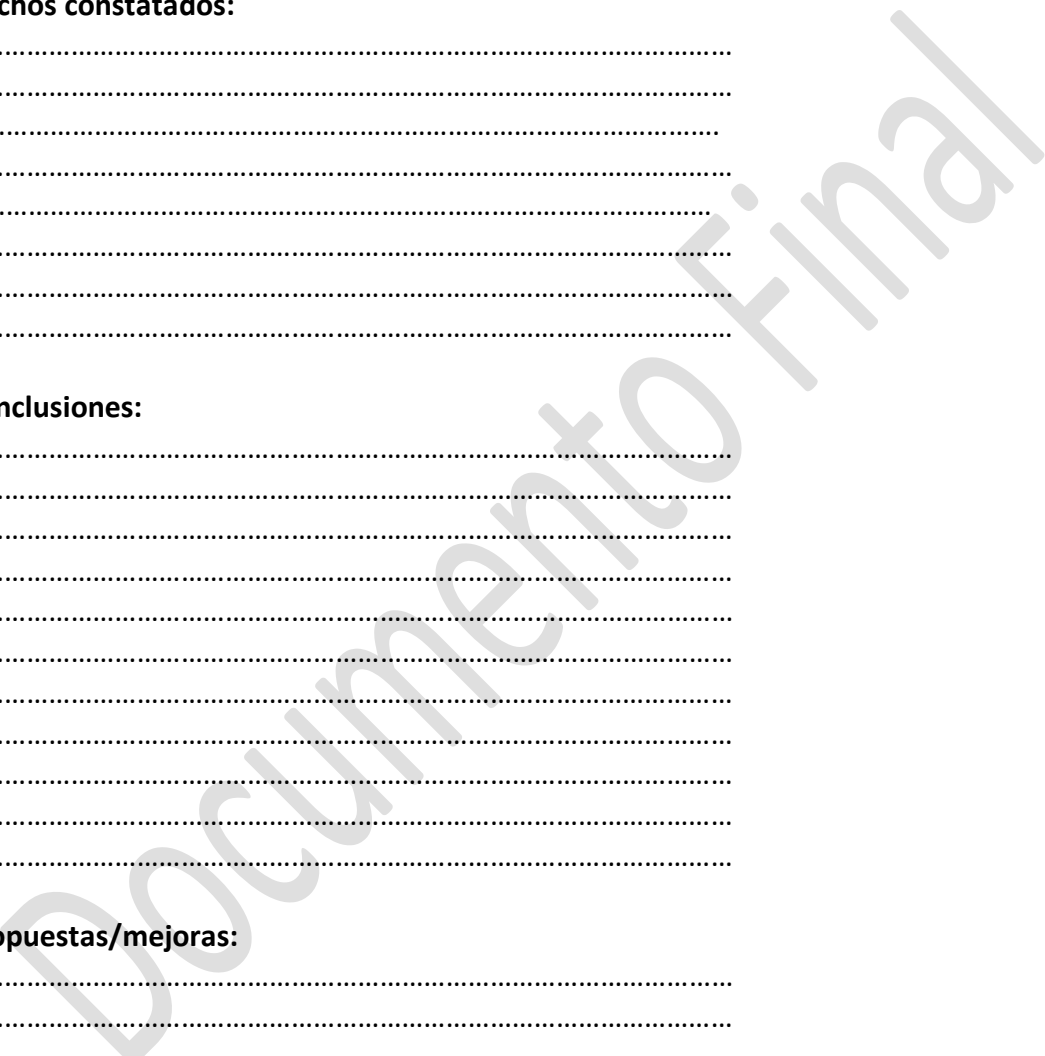
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Conclusiones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Propuestas/mejoras:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Anexo E: Resolución por parte del Unidad de Gestión de Acuerdos

Descripción del Caso incluyendo los hechos constatados en las actuaciones practicadas

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Resolución

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Acciones a realizar (Ej. Iniciar procedimiento de mediación)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Plazos/Planificación

.....

.....
.....
.....
.....
.....

Firmas

Documento Final

Bibliografía consultada:

Munduate, J. et al. Gestión del conflicto, negociación y mediación. Madrid. Pirámide (2005)

Redorta, J. Como analizar los conflictos. La tipología de los conflictos como herramienta de mediación. Barcelona: Paidós (2007)

Leonor Pérez Casajús Mediación y resolución de conflictos. Cuaderno del alumno Gobierno de Navarra. Departamento de Educación ISBN: 978 - 84 - 235 - 3178 - 3(2012)

Documento Final

ANEXO III

Negociación bajo los criterios del Modelo de Harvard

Preguntas de la preparación

1. ¿Cuáles son mis intereses?
2. ¿Cuáles son los temas que se van a negociar?
3. ¿Qué quiero conseguir en cada tema?
4. ¿Qué importancia tiene para mí cada tema?
5. ¿Cuál es el objetivo principal irrenunciable?
6. ¿Cuáles son los objetivos importantes necesarios?
7. ¿Cuáles son los objetivos menos prioritarios?
8. ¿Cuál es mi posición inicial?
9. ¿Cuál es mi objetivo mínimo?
10. ¿Qué resultado que no quiero de ninguna manera?
11. ¿Cuáles son los objetivos de las partes?
12. ¿Cuál es su oferta inicial?
13. ¿Cuáles son sus prioridades?
14. ¿Qué información importante poseo sobre ellos?
15. ¿Qué información necesito para verificar mis suposiciones?
16. ¿Cuál es el enfoque general de la negociación?
17. ¿Cuál son las estrategias alternativas no funciona?

Manejo táctico de situaciones en el proceso de negociación

TACTICAS	COMO MANEJARLAS
Propiciar la identificación	"Estoy de acuerdo con usted en este punto..."

Neutralizar ataques	“Perdón, no le entendí. ¿Me lo repite por favor nuevamente?”
Promover la cooperación	“Yo estoy en la mejor disposición, supongo que usted también”.
Emplear el buen humor	“Sigamos divagando, al final, en el último minuto, las cosas son más fáciles, y se resuelven por arte de magia”
Asociar preguntas	“No le parece que esta situación nos perjudica a los dos? ¿Por qué no nos unimos usted y yo para acabar de una vez por todas?”
Luchar juntos contra el problema	“El problema no es con usted, sino con esta situación que nos afecta a los dos. ¿Por qué no nos unimos y le damos una buena solución?”
Ubicarse en el presente	“Lo pasado, pasado. Como dijo Heráclito ‘nunca nos bañamos dos veces en el mismo río’, así es que mejor veamos este problema en el aquí y ahora”.
Protocolizar la situación	“Qué le parece si ahora lo ponemos en blanco y negro? Porque ya ve lo que dice el dicho: ‘la más débil de las tintas es mejor que la más brillante de
Buscar gratificaciones adyacentes	“Ya que hemos llegado a un acuerdo parcial que nos beneficia a los dos, ¿qué tal si pensamos en qué otras formas podemos apoyarnos recíprocamente?”.
Lamentar la decisión	“Qué lástima!! Yo hubiera querido que ambos obtuviéramos un beneficio mayor”.
Crear expectativas	“Y si la próxima semana, ?”.
Animar a correr riesgos	“Usted sabe que el riesgo es algo inherente a la

	vida moderna. Ya los antiguos decían ‘el que no arriesga no gana’”.
Persistir en un punto	“Insisto por tercera vez en este punto, porque considero que nos beneficia a los dos”.
Censurar la actuación	“Yo pienso que esta posición no es digna de una persona honorable como usted”.
Moralizar la decisión	“La decisión que usted y yo tomemos deberá ser propia de personas civilizadas y éticas”.
Demostrar con hechos	“La situación concreta es esta. No nos dispersemos en asuntos sin beneficio. No queramos negar los hechos esgrimiendo teorías”.
Facilitar la elección	“La situación es muy sencilla. Lo único que debe hacer usted es esto”.
Recurrir a los más nobles sentimientos	“Yo sé que usted es una persona justa y humanitaria. Tengo la certeza de que la decisión que usted tome será la correcta, la mejor”.
Delatar la manipulación	“Partimos ciertamente de una base de confianza; pero en este punto la confianza es algo muy diferente”.
Reclamar por un mal trato	“Ahora resulta que al que se porta bien lo tratan mal. ¿Lo cree usted justo?”.

Identificación de tácticas no ajustadas al Modelo

Muros de piedra (tácticas obstructivas): la táctica del “muro de piedra” es no ceder. El interlocutor tratará de convencerlo de que él es totalmente inflexible y de que no existe otra alternativa fuera de la posición que él defiende. Las tácticas del muro de piedra se

pueden expresar como un hecho consumado: “lo hecho, hecho está, y no se puede cambiar”, “no puedo hacer nada al respecto. La contraparte puede demorar el proceso indefinidamente: “nos comunicaremos con usted”. O puede hacer una afirmación definitiva: “tómelo o déjelo!”. Cualquier otra sugerencia que usted haga, él la rechazará de plano.

Ataques (tácticas ofensivas): los ataques son tácticas de presión diseñadas para intimidar e incomodar, a tal punto que se prefiera ceder a las exigencias del oponente. Tal vez la forma más común de ataque es amenazar con las consecuencias de no aceptar la posición del oponente: “si no lo hace...”. Su oponente puede optar también por atacar su propuesta: “sus datos no coinciden con la realidad”; su credibilidad: “usted no lleva mucho tiempo en este puesto, ¿verdad?”; o su condición de autoridad: “deseamos hablar con una persona que realmente tenga autoridad para decidir”. El atacante ofende, mortifica e intimida hasta que obtiene lo que desea.

Trucos y tácticas engañosas: los trucos y tácticas orientadas a engañar al adversario para debilitar su posición. Funcionan sobre la base de que usted supone que la contraparte actúa de buena fe y dice la verdad. Una forma de truco es manipular la información, por ejemplo, usar cifras falsas o confusas. Otro es la treta de “no tener autoridad”; su oponente le hace creer que tiene autoridad para tomar una decisión, y después de hacer usted el mayor número posible de concesiones le informa que es otra persona la que decide. Un tercer truco es “agregar cosas”, la exigencia de último minuto que hace su oponente después de haberle hecho creer que ya todo estaba acordado.

La clave para neutralizar el efecto de una táctica es reconocerla. Darse cuenta de que la táctica de su oponente es un muro de piedra, sabrá que no es del todo inflexible. Identificar un ataque, nos sentiremos menos temeroso e incómodo o identificando un truco, no caerá en la trampa.